

# **COMUNE DI GRADO**

## **Provincia di Gorizia**

### **Regolamento gestionale delle strutture residenziali protette per anziani auto e non autosufficienti**

*Adottato con deliberazione consiliare n.41 del 4.9.2003 divenuta esecutiva con compiuta  
pubblicazione ai sensi art. 30 – L.R. n. 49, 12.9.1991;  
modificato con Decreto del Commissario Straordinario n. 54 del 24/12/2010  
e n. 21 del 25/3/2011*

## **Articolo 1. FINALITÀ**

La Casa di riposo è una struttura rivolta all'ospitalità permanente o transitoria di anziani in condizioni psicofisiche di autosufficienza, parziale autosufficienza o non autosufficienza, in grado di fornire prestazioni di tipo assistenziale, di animazione, di carattere sanitario e riabilitativo.

Le suddette prestazioni possono essere integrate da servizi interni ed esterni rivolti alla popolazione anziana ed adulta, quali quelli di centro diurno, mensa, attività motoria, animazione socioculturale od altri ritenuti idonei allo sviluppo di sinergie e politiche sociali per la terza e quarta età.

La Casa di Riposo è destinata prioritariamente a soggetti che necessitano di forme d'aiuto per svolgere le funzioni primarie, per i quali si siano verificate le condizioni che non consentono di permanere nell'ambito familiare e di usufruire servizi alternativi al ricovero, condizioni che vengono valutate in sede di unità di valutazione distrettuale - U.V.D.- (come previsto dal protocollo operativo Ambito/ASS approvato dall'Assemblea dei Sindaci nel novembre 2002 allegato al presente regolamento).

La permanenza dell'ospite può avere anche carattere transitorio quale soluzione a specifiche situazioni abitative o familiari; si prevedono, quindi, fatta salva la disponibilità di posti, anche i servizi di pronta accoglienza, temporanea e stagionale.

## **Articolo 2. AMMISSIONE**

### ***2.1 .CONDIZIONI DI BASE PER L'AMMISSIONE***

L'ammissione degli ospiti nella struttura residenziale protetta è subordinata all'espressa volontà, libera e consapevole scelta del richiedente, alla sua condizione di autosufficienza psicofisica ed esenzione da malattie infettive e diffuse o da turbe mentali che ne impediscano la vita comunitaria, alla necessità di forme di aiuto anche temporaneo per svolgere le funzioni primarie.

Deve esserne altresì verificata, in via preventiva, l'impossibilità a garantire il mantenimento della residenza nella propria abitazione attraverso l'apporto dei familiari o del servizio di assistenza domiciliare, ovvero di usufruire di servizi alternativi al ricovero.

Il limite minimo di età per l'ammissione è , di norma, fissato in 60 anni.

Nella struttura residenziale possono anche essere ammessi, nei limiti della disponibilità dei relativi posti - letto autorizzati dall'Azienda Sanitaria, persone che per l'aggravamento delle loro condizioni sanitarie e/o psichiche siano certificati come "non autosufficienti".

Al momento della richiesta di ammissione, la persona anziana deve avere la propria residenza nel Comune di Grado o via subordinata in uno dei Comuni compresi nell'Ambito di Servizio Sociale dei Comuni "Basso Isontino".

Possono essere accettate richieste di persone anziane residenti in altri Comuni, accertate le necessarie condizioni di capienza della struttura residenziale e di copertura della spesa anche tramite convenzione tra Enti. In tal caso il Comune, competente per residenza della persona, è tenuto a coprire la differenza che intercorre tra la retta giornaliera e quella legata al costo reale del servizio, ovvero di impegnativa di pagamento dell'ospite e/o dei familiari civilmente obbligati per lo stesso importo, come stabilito periodicamente dall'Ente gestore.

Non vengono in alcun caso effettuati ricoveri definitivi a carattere d'urgenza.

## **2.2. MODALITA'**

Tutte le ammissioni hanno inizialmente carattere di temporaneità, con un periodo di prova sino ad un massimo di sessanta giorni a tutela della comunità di anziani accolti presso la struttura residenziale e nell'interesse del cittadino richiedente l'ammissione.

In ogni momento la Direzione della struttura protetta può ritenere concluso, sia positivamente che negativamente, il periodo di prova, dandone motivazione scritta e disponendo, se del caso, la dimissione dell'ospite, con un preavviso di otto giorni, prevedendo la riesamina o esamina del caso in unità di valutazione sitrettuale per l'eventuale modifica del Programma Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)

Lo stato di autosufficienza dell'ospite può essere oggetto di periodiche verifiche, attraverso l'uso di strumenti di valutazione multidimensionali condivisi da sistemi socio sanitari

Nel caso del non positivo completamento del periodo di prova e, in seguito, al verificarsi di un grado di perdita dell'autosufficienza incompatibile con l'organizzazione operativa ed i servizi erogabili dalla struttura residenziale, ovvero in caso di esubero di ospiti non autosufficienti rispetto i posti – letto disponibili, si provvede alla dimissione dalla struttura residenziale.

Nel caso di dimissione è responsabilità congiunta dell'ospite, dei familiari civilmente obbligati e del Comune competente per domicilio di soccorso, avvalendosi del supporto professionale del Servizio Sociale e della valutazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale ove già interessata al caso, l'individuare, nel minor tempo possibile, idonee strutture e servizi alternativi, onde garantire all'anziano la completa rispondenza alle sue esigenze.

Nella struttura residenziale, ove possibile, sono garantite soluzioni alternative quali posti-letto per gli ospiti che hanno un bisogno temporaneo da soddisfare e posti – letto per ricoveri brevi a carattere d'urgenza.

Agli ospiti in coppia, ove disponibile, viene garantita la possibilità di usufruire di un'unica stanza.

### **2.3. PRIORITA'(1)**

Qualora le richieste di ammissione superino i posti disponibili, le stesse vengono accolte seguendo i criteri di priorità sociale, tenendo conto comunque che la precedenza è riservata ai residenti nel Comune di Grado, poi secondo disponibilità, per i residenti negli altri comuni dell'Ambito distrettuale 2.2 ed a seguire per i residenti fuori ambito:

- a) persone sole, prive di parenti tenuti agli obblighi alimentari, viventi in alloggi inadeguati (per barriere architettoniche, per insufficienza di servizi igienici, ecc.);
- b) persone sole aventi in corso un provvedimento di sgombero dell'alloggio (sfratto esecutivo);
- c) persone sole prive di parenti tenuti agli obblighi alimentari e viventi in alloggio adeguato/normale;
- d) persone con parenti tenuti agli obblighi alimentari non conviventi;
- e) persone conviventi con parenti e con problematiche conflittuali all'interno del gruppo familiare:

A parità di condizioni in ciascuna delle ipotesi sopraevidenziate, la priorità viene assegnata con particolare riguardo a:

- non fruizione di altri servizi residenziali all'atto della presentazione della domanda;

- reddito del ricoverando (favorendo quelli più bassi),
- età (favorendo i richiedenti di età più avanzata)

#### ***2.4. REQUISITI E DOCUMENTAZIONE (2)***

L'ammissione nella Casa di Riposo viene approvata dal Comune con determina del Responsabile della struttura residenziale dopo l'esame istruttorio della domanda corredata da tutta la documentazione comprensiva della valutazione del competente Servizio Sociale professionale e del verbale dell'Unità di Valutazione Distrettuale.

Le richieste incomplete non saranno esaminate fino a quando i richiedenti non avranno provveduto all'integrazione. In caso di mancanza di riscontro della richiesta di integrazione nei 30 gg. successivi la domanda verrà archiviata.

Nei casi di non autosufficienza si prevede l'acquisizione del verbale dell'Unità di Valutazione Distrettuale, con la definizione del bisogno e delle priorità assistenziali desunte anche dall'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali che determinano un punteggio che permette la graduazione della non autosufficienza delle persone richiedenti una collocazione residenziale.

In casi eccezionali in cui sia presente una condizione di bisogno temporaneo , di pronta accoglienza , di urgenza, è possibile da parte della Direzione della casa di riposo procedere nell'iter di ammissione solo su segnalazione proveniente dall'Unità di Valutazione Distrettuale "Basso Isontino".

La richiesta di avvio procedimento per l'ammissione al servizio, redatta su idoneo modello predisposto dalla Direzione, non è impegnativa per il Comune e la sola sua presentazione non costituisce diritto all'accesso o all'inserimento in graduatoria.

Relativamente alla metodologia di accoglienza, l'ammissione degli ospiti è soggetta alla valutazione preliminare dell'equipe multidisciplinare interna della struttura residenziale, che opera attraverso la conoscenza di ogni anziano, anche attraverso colloqui, incontri con i familiari, visite domiciliari.

L'equipe multidisciplinare è composta oltre che dal Responsabile della struttura, da un infermiere professionale da un coordinatore degli ausiliari di assistenza, da un medico di medicina generale convenzionato con la casa. L'equipe è creata per rispondere alle finalità organizzative e gestionali che devono orientare ad articolare le risposte più opportune all'interesse dell'ospite.

Al momento dell'ammissione la/le persona/e che si sono impegnate al pagamento delle rette sottoscriveranno il contratto di servizio predisposto dagli uffici amministrativi della Struttura.

*Note.*

*(1) Comma 3 modificato con decreto del Commissario Straordinario n. 54 del 24/12/2010 e n. 21 del 25/3/2011*

*(2) Comma 4 modificato con decreto del Commissario Straordinario n. 54 del 24/12/2010*

### **Articolo 3. DIMISSIONE (3)**

Le dimissioni dalla Struttura possono avvenire per:

- 1) volontà degli ospiti o dei familiari,
- 2) comprovata impossibilità della struttura a fornire l'assistenza socio-sanitaria sufficiente in casi di particolare e documentata gravità;
- 3) comportamento gravemente in contrasto con le norme di convivenza, ovvero comportamento che rechi pregiudizio o grave disturbo agli altri ospiti ed alla comunità, ovvero comportamento che ravvisi gli estremi di un reato contro l'incolumità della persona o contro i beni di proprietà degli altri ospiti o della Struttura, tenuto dall'ospite o dai suoi familiari;
- 4) insolvenza dell'ospite o dei familiari civilmente obbligati rispetto la retta mensile, o qualora il credito non risulti recuperabile o la situazione debitoria permanga per oltre 60 giorni rispetto le scadenze indicate, a seguito di comunicazione del Comune competente per domicilio di soccorso.

La dimissione degli ospiti è soggetta alla valutazione vincolante dell'equipe multidisciplinare interna delle strutture residenziali ed al coinvolgimento, eventuale, dell'Unità di Valutazione Distrettuale/altri servizi che hanno predisposto il Programma Assistenziale Individualizzato (P.A.I.).

Le dimissioni per volontà della Struttura di cui ai punti 29 e 39 sono disposte dal Responsabile della Struttura su relazione dell'equipe multidisciplinare e/o dell'assistente sociale.

Le dimissioni volontarie dell'ospite devono essere precedute da preavviso di almeno 15 (quindici) giorni. In questo caso la retta sarà dovuta per gli effettivi giorni di presenza. In caso di dimissioni senza preavviso saranno conteggiati 15 (quindici) giorni di retta dalla data di dimissione.

*Note.*

*(3) Art. 3 modificato con decreto del Commissario Straordinario n. 54 del 24/12/2010*

## **Articolo 4. PRESTAZIONI E SERVIZI (4)**

La struttura residenziale offre ai propri ospiti le prestazioni e servizi indicati ed in sintonia con le finalità espresse all'articolo 1 del presente regolamento, dettagliati nella carta dei servizi e differenziati, anche come nucleo alloggiativo, tra quelli a favore delle persone anziane auto e non autosufficienti e nei limiti dati dalla propria organizzazione operativa.

La Casa di Riposo risponde nei confronti degli ospiti esclusivamente per quanto riguarda l'intervento effettuato attraverso il servizio residenziale e, per il periodo di durata del servizio stesso e compatibilmente con le disponibilità di personale, attrezzature, mezzi oltre alle prestazioni già precedentemente programmate.

L'accoglimento nella struttura residenziale non implica l'obbligo di custodia dell'ospite, ma solo l'impegno per l'ospitalità, il vitto ed i servizi previsti in base al presente regolamento.

Ogni responsabilità al fuori del servizio e della prestazione effettuata, ovvero le prestazioni non previste o non programmate per ogni ospite auto o non autosufficiente o non compatibili con la disponibilità di personale, attrezzature, mezzi, sono da ritenersi a carico delle persone civilmente obbligate per Legge in base agli articoli previsti dal Codice Civile (dall'art. 433 all'art. 448).

In ogni caso i familiari civilmente obbligati si impegnano a garantire la loro presenza nelle visite periodiche al loro congiunto, nei momenti comunitari di maggiore rilevanza, nell'accompagnamento durante visite medico specialistiche esterne, in un costante rapporto informativo con il personale socio-assistenziale e sanitario in servizio nella struttura.

La struttura, peraltro, mantiene un rapporto di informazione verso i famigliari degli ospiti.

La struttura protetta, sulla base delle linee d'indirizzo del programma terapeutico predisposto in sede di U.V.D., si impegna a redigere ed attuare un piano socio assistenziale sanitario individualizzato (P.A.I.), in sede di equipe multidisciplinare interna, in stretto raccordo con l'ospite, i familiari, il medico di medicina generale dell'ospite.

Il P.A.I. assicura un progetto, con obiettivi ed indicatori definiti nel tempo e verificabili, per assicurare il recupero od il mantenimento funzionale, la promozione sociale dell'assistito, il contrasto di processi involutivi in atto nonché il mantenimento delle relazioni familiari, sociali ed ambientali dell'ospite.

I casi complessi con un'evoluzione importante del quadro clinico assistenziale evidenziato dall'equipe multidisciplinare interna della struttura protetta, accertato dal medico di medicina generale per quanto di competenza sanitaria, sia nei termini di aggravamento, sia per coloro per i quali sia ipotizzabile una dimissione, vanno segnalati all'U.V.D.

L'U.V.D. convocata per l'eventuale verifica e modifica delle linee d'indirizzo del programma terapeutico può vagliare l'eventualità dell'avvio ad altra struttura residenziale con adeguate risorse di servizio o ai servizi sociali e domiciliari territoriali per il rientro protetto a domicilio.

#### ***4.1. SERVIZI DIVERSI EROGATI***

L'accoglimento comporta la sistemazione in stanze con il numero di posti letto prestabiliti in relazione alla disponibilità della camera ed alla retta prefissata.

Il trattamento alimentare risponde per qualità e quantità alle esigenze dietetiche dell'età avanzata e tiene conto delle diverse abitudini alimentari degli ospiti. Il menu giornaliero è predisposto dalla Ditta appaltatrice del servizio di ristorazione e tiene conto delle patologie esistenti fra gli ospiti della struttura residenziale; il menù è approvato dalla Direzione della struttura residenziale.

La Casa di riposo mette a disposizione dell'ospite un servizio di guardaroba, lavanderia interna - senza responsabilità per i capi affidati -, eventuale rammendo e stireria, che cura i cambi della biancheria personale, da bagno e da letto.

La struttura protetta, in relazione alle esigenze, può istituire appositi servizi per la cura della persona: barbiere, parrucchiere, manicure, pedicure, ed altri, con totale o parziale assunzione dei relativi oneri a carico del bilancio ed eventuale concorso degli ospiti.

Tali servizi possono essere oggetto di scelta autonoma dell'ospite anche all'esterno della Casa di riposo.

Salvo specifica autorizzazione della Direzione della struttura residenziale, che ne deve accertare qualità e requisiti, ad esclusiva tutela dell'ospite, nessuno è autorizzato ad operare all'interno della struttura residenziale, con servizi integrativi alla persona e non, neppure a livello di volontariato gratuito.

La struttura residenziale non fornisce il servizio di trasporto dell'ospite, salvo il caso delle visite specialistiche per le persone non autosufficienti o per quanti non hanno parenti e/o altre risorse amicali: in tutti gli altri casi sono di norma tenuti ad intervenire i parenti civilmente obbligati.

#### ***4.2. PRESTAZIONI DI TIPO SANITARIO E RIABILITATIVO***

L'assistenza sanitaria e infermieristica è di competenza del Servizio Sanitario regionale attraverso la locale ASS , che si avvale della collaborazione di medici di medicina generale ,convenzionati con la struttura protetta , e del personale socio-assistenziale in servizio. Essa ha come obiettivo l'impegno nella prevenzione del degrado psicofisico degli ospiti oltre che alla loro cura e riabilitazione realisticamente mirata.

La struttura residenziale protetta è organizzata in modo da poter garantire a tutti gli ospiti interventi di tipo preventivo, assistenziale, riabilitativo o relazionale.

Le cure di medicina generica e le prescrizioni di farmaci sono assicurate nei limiti di quanto erogabile dal Servizio Sanitario.

Gli interventi specialistici e riabilitativi avvengono secondo le modalità determinate da apposita convenzione con l'Azienda per i Servizi Sanitari e qualora non erogati in questo regime s'intendono a carico dell'ospite.

E' vietata l'introduzione di medicinali non idoneamente prescritti nella Casa da parte di ospiti o di terzi, se non nella forma di cessione gratuita alla struttura residenziale e quindi consegnati al personale sanitario preposto.

Le prestazioni sanitarie garantiscono l'assistenza di base e con l'utilizzo dei servizi sanitari dell'unità sanitaria locale, la soddisfazione delle esigenze medico-infermieristiche degli ospiti.

In caso di malattia o di cure speciali, l'ospite potrà essere trasferito presso un presidio ospedaliero, a giudizio del medico curante o del personale preposto in caso di urgenza sanitaria.

Al fine di garantire la continuità terapeutica in caso di ricovero ospedaliero dell'ospite, sarà cura del personale della struttura residenziale fornire una scheda informativa al presidio ospedaliero sul trattamento terapeutico in atto.

Il trasporto con ambulanza o altro mezzo eventualmente scelto dall'ospite (in caso di dimissione ospedaliera) diverso dal servizio fornito dalla struttura, s'intende a suo carico.

#### 4.3 SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE -CENTRO DIURNO

E' rivolto ad anziani in condizione d'autosufficienza, semi e non autosufficienza, per i quali non sia possibile un'adeguata assistenza diurna domiciliare, e/o ad anziani durante l'attesa d'accoglimento residenziale quale momento di graduale passaggio dal proprio domicilio alla residenza protetta.

Il servizio ha l'obiettivo di favorire la permanenza al domicilio della persona anziana, garantire una risposta flessibile e personalizzata ai bisogni della persona, sviluppare capacità residue stimolandone gli interessi per renderla attiva e partecipe alla vita sociale fornire, un supporto alle famiglie, consentire la conservazione delle abitudini domestiche, garantire il perseguimento del benessere fisico e relazionale..

Il Centro garantisce un'adeguata assistenza tutelare ed opera con gli ospiti al fine di ottenere la migliore qualità di vita possibile per l'anziano.

Il numero massimo di ospiti accoglibili nel Centro è determinato dalla Direzione struttura protetta, sentiti gli operatori della Casa di riposo in ragione della tipologia degli ospiti presenti e, quindi, della possibilità di fornire un servizio adeguato in relazione alle risorse di personale qualificato presenti e disponibili.

L'accesso al servizio avviene tramite apposita istanza da parte degli interessati. La documentazione richiesta è la stessa prevista per l'inserimento in regime residenziale.

Il Centro Diurno opera nel rispetto del principio dell'autodeterminazione individuale e della riservatezza personale e favorisce la partecipazione degli utenti e dei loro familiari alla gestione delle attività della vita comunitaria. Favorisce altresì i rapporti con la realtà

territoriale anche attivando occasioni d'incontro. Accoglie inoltre, riconoscendone il valore sociale, l'apporto del volontariato organizzato.

*(4) Comma 3 introdotto con decreto del Commissario Straordinario n. 21. del 25/03/2011.*

## **Articolo 5. CARTA DEI SERVIZI**

La carta dei servizi della struttura residenziale viene predisposta periodicamente dal Comune, su proposta della Direzione.

Essa dettaglia:

- le prestazioni ed i servizi erogati da ogni struttura residenziale in rapporto alla quota di retta giornaliera richiesta, alla condizione di auto o non autosufficienza, al tipo di sistemazione alloggiativa;
- i servizi integrativi socio-sanitari eventualmente erogabili su domanda individuale, all'interno ed esterno della struttura, proposti agli ospiti e/o ad altri cittadini, indicandone modalità e tariffe;
- le modalità d'accesso alle strutture e servizi, ivi compresi modi, tempi, scadenze, modelli da utilizzare per le richieste, documentazione da allegare, caratteristiche delle eventuali graduatorie e liste d'attesa;
- le modalità di pagamento da parte di cittadini, enti pubblici e privati, Comuni associati;
- ogni altra informazione ritenuta utile ad ospiti, familiari e cittadini.

Il Comune di Grado si riserva di modificare, ampliare, sopprimere i vari servizi, come pure d'istituirne di nuovi in relazione alle esigenze riscontrate e per migliorare le prestazioni complessive della struttura residenziale.

## **Articolo 6. DIRITTI ED IMPEGNI DELL'OSPITE**

Agli ospiti viene garantita la massima libertà personale, salvo limitazioni imposte dallo stato di salute, di competenza del medico curante e discusse con la Direzione della struttura.

Ogni ospite è libero di esprimere la propria personalità e condurre all'interno della Casa il tipo di esistenza a lui più confacente, secondo gli usi e delle abitudini di ognuno, sempre nei limiti e nel rispetto delle esigenze e personalità altrui.

Il servizio religioso può essere garantito per ogni confessione, ove sia disponibile il celebrante.

Tutti gli ospiti hanno diritto uguale ad usufruire di tutti gli spazi comuni della struttura residenziale in modo da salvaguardare le esigenze di individualità di ognuno e nel mentre favorire la vita di relazione.

Gli ospiti possono portare e trattenere nella Casa oggetti personali che desiderano, sempre che gli stessi non sono d'ingombro o di disturbo alla convivenza.

L'orario che gli ospiti devono rispettare viene stabilito tenendo conto delle loro esigenze, e, nei limiti del possibile, dei bisogni di ognuno, oltre alle problematiche generali a carattere funzionale-organizzativo.

Gli ospiti sono tenuti a comunicare preventivamente al personale in servizio le eventuali assenze nel momento dei pasti, le assenze per uno o più notti dalla struttura residenziale stessa, i casi di rientro serale dopo le 21.00.

L'accesso alle strutture da parte dei visitatori è consentita dalle ore 9.00 alle 20.00 escluso i momenti dei pasti.

L'accesso dei visitatori alle camere è libero, salvo la necessaria presenza dell'ospite o del personale e dell'assenso di almeno un altro ospite nel caso di camera a più letti.

Non sono ammesse le visite, salvo particolari autorizzazioni della Direzione, di rappresentanti e venditori in genere, e propagandisti.

La camera va mantenuta, anche a cura dell'ospite, nelle migliori e decorose condizioni.

Può essere personalizzata con quadri ed oggetti d'arredo personali e l'utilizzo di apparecchi radiotelevisivi e telefonici, salvo autorizzazione della Direzione della struttura residenziale ed il consenso del/degli altri ospiti nel caso di camera a più letti.

L'ospite s'impegna ad osservare le regole di igiene dell'ambiente e a mantenere in buono stato l'alloggio, gli impianti e le apparecchiature che si trovano installate.

E' fatto divieto d'ospitare nel proprio alloggio, anche per una sola notte, persone estranee, qualunque sia il legame di parentela o di amicizia con l'ospite, eccetto le necessità a carattere assistenziale concordate ed autorizzate dalla Direzione.

Gli ospiti possono assentarsi per più giorni, ma devono dare avviso alla Direzione indicando il recapito temporaneo.

Le uscite delle persone non autosufficienti debbono essere autorizzate dalla Direzione ed avvengono sotto esclusiva responsabilità delle persone che s'offrono come accompagnatori.

All'interno delle strutture residenziali è espressamente vietato fumare.

Non è consigliato agli ospiti di tenere presso di se somme di denaro e valori: il Comune non ne assume alcuna responsabilità. Gli ospiti possono depositare presso la Direzione valori, titoli, denaro, ricevendone prova di deposito e rendiconto periodico.

L'introduzione di cibo e generi alimentari da parte degli ospiti o di terzi va concordata con la Direzione che ne valuta le compatibilità con le esigenze dietetiche dell'ospite. E' vietata in particolare l'introduzione di bevande alcoliche.

L'ospite è tenuto ad un comportamento adeguato alla natura comunitaria dell'istituzione nel rispetto degli altri residenti.

La Direzione può, ove necessario, adottare provvedimenti, singoli o collettivi, relativi all'organizzazione interna e comunitaria e se del caso, di tipo disciplinare.

L'ospite e il/ familiare/i civilmente obbligati sono tenuti, all'atto dell'ammissione, a controfirmare, per presa visione ed accettazione, una copia del presente regolamento.

## **Articolo 7. RETTE DI PRESENZA (5)**

Le rette di presenza sono stabilite annualmente dall'Amministrazione comunale, su proposta della Direzione della Struttura. Vengono anche indicate dalla carta dei servizi.

Le rette sono diversificate a seconda del grado di autosufficienza, della residenza e se trattasi di accoglimenti semiresidenziali. Sono previsti supplementi per camere singole.

Le rette, per la parte non coperta dall'Azienda per i Servizi Sanitari, si riferiscono alla partecipazione dell'ospite alle spese generali, gestionali, assistenziali e sanitarie della struttura residenziale.

Il principio generale è dato dalla necessità che i costi del servizio siano interamente coperti dalle rette di presenza degli ospiti e che l'eventuale integrazione da parte del Comune sia destinata agli ospiti ed ai parenti civilmente obbligati in relazione alle loro documentate necessità economiche e sulla base del regolamento comunale per la disciplina dei contributi economici a carattere socio-assistenziale.

La condizione di autosufficienza e di non autosufficienza viene attestata dalla scheda di valutazione multidimensionale presentata al momento dell'ammissione.

Le rette vengono computate a giorni interi e vanno corrisposte, dall'ospite e/o i familiari civilmente obbligati, in via anticipata, secondo gli importi comunicati dal Comune, entro i primi dieci giorni del mese presso il Tesoriere Comunale.

La retta giornaliera a carico degli ospiti dichiarati non autosufficienti dall'Unità di Valutazione Distrettuale del Distretto competente viene indicata e corrisposta al netto del contributo di cui all'art. 13 L.R.10/1977, art. 9, comma 7, L.R. 24/20009.

Le assenze si calcolano dal primo giorno in cui l'ospite si allontana dalla struttura e sino al giorno di rientro inclusi.

La giornata di accoglimento e quella di dimissione è calcolata per intero.

In caso di assenze non programmate per ricoveri ospedalieri dell'ospite con conservazione del posto letto fino a 15 giorni consecutivi, la retta è piena; successivamente è al 70%.

In caso di sospensione volontaria programmata con conservazione del posto letto fino ad un massimo di 15 giorni consecutivi, la retta è al 70%; oltre è piena.

In caso di allontanamento dalla struttura senza preavviso e non dovuto a ricovero ospedaliero, l'ospite verrà ritenuto presente e gli sarà addebitata la retta corrispondente ad una giornata di presenza sino alla regolarizzazione della sua posizione. Trascorsi sessanta giorni consecutivi dall'inizio dell'assenza, l'ospite non rientrato viene comunque considerato dimissionario ancorchè in regola con i pagamenti, salvo che l'assenza non dipenda da ricovero in strutture sanitarie e ne sia stata data comunicazione formale.

Nel caso in cui la persona in lista di attesa chiamata per un posto resosi disponibile decida di ritardare l'ingresso, il posto letto verrà conservato per un periodo massimo di 7 giorni oltre i quali il posto letto decade. In tale caso la conservazione del posto letto viene monetizzata in una quota pari al 50% del valore della retta al giorno a partire dal secondo giorno dalla comunicazione della disponibilità del posto letto.

Per quanto riguarda il pagamento delle rette da parte degli Enti Pubblici la corresponsione avviene al ricevimento della relativa contabilità.

Per gli ospiti che usufruiscono del contributo del Comune di Grado ai fini del pagamento della retta, è richiesta la delega alla riscossione delle pensioni di cui sono titolari a favore di un funzionario appositamente incaricato dall'Amministrazione.

Per tutti gli altri ospiti è facoltà del Comune chiedere la delega all'incasso delle pensioni e di ogni altro assegno o reddito di cui sono titolari, per il diretto introito degli importi a scomputo delle spese di ricovero e di altre contribuzioni per prestazioni istituzionali aggiuntive.

Gli importi dovuti relativi ad eventuali servizi integrativi, ove previsti, vengono comunicati periodicamente dalla Direzione della struttura, a seconda dei casi, al Comune competente o direttamente all'ospite e quindi addebitati e saldati.

Il mancato pagamento delle rette mensili comporta l'applicazione degli interessi legali, a decorrere dal trentunesimo giorno dalla scadenza di ciascuno mensilità per i privati e dal novantunesimo dalla ricezione della relativa contabilità per gli enti pubblici.

Il Comune deve in ogni caso provvedere, a scadenza, al saldo delle rette dovute, riservandosi di agire per le vie legali per il recupero del credito, richiedendo, se del caso, la dimissione dell'ospite, come previsto all'art. 3, primo comma del presente regolamento.

Nel caso l'ospite e/o i familiari che hanno sottoscritto l'impegno non corrisponda/no le rette dovute per più di 2 mesi consecutivi, la Direzione della struttura Casa di Riposo attiverà la rivalsa nei confronti del Comune che ai sensi dell'art. 4 comma 5 della L.R. 6/2006, è obbligato a garantirne l'assistenza, vale a dire l'ultimo Comune nel quale l'ospite aveva la residenza prima di essere accolto nella struttura residenziale.

La fascia di retta attribuita ad ogni ospite, nei limiti fissati, può subire variazioni in corso d'anno a causa del mutamento dello stato di salute dello stesso (riconoscimento del modificarsi della condizione di autosufficienza).

I ticket farmaceutici e per prestazioni sanitarie devono essere corrisposti anticipatamente, tramite un fondo – cassa da rendere periodicamente disponibile presso il servizio sanitario della struttura; in caso contrario il servizio non si assume alcuna responsabilità e l'ospite e/o i familiari devono occuparsi direttamente dell'acquisto dei medicinali e del pagamento diretto di ogni spesa sanitaria. Fintanto che è presente una convenzione del Comune con alcune Croci, le spese di trasporto presso presidi sanitari e ospedali della zona dalle ore 7:00 alle ore 20:00 dei giorni feriali sono a carico dell'Amministrazione comunale. Qualora tali convenzioni venissero meno ovvero in caso di trasporto presso presidi non compresi in dette convenzioni o in fasce orarie non comprese nelle medesime (vale a dire prima delle ore 7:00 e dopo le ore 20:00 o nei giorni festivi) le relative spese saranno poste a carico degli ospiti.

*Note..*

*(5) Art. 7 Modificato con decreto del Commissario Straordinario n. 54 del 24/12/2010.*

## **Articolo 8. PERSONALE**

Il personale operante nella struttura protetta viene formato e periodicamente aggiornato e riqualificato professionalmente rispetto lo specifico ruolo, mansioni e compiti ricoperti.

Lo standard adottato è quello previsto dalla vigente regolamentazione regionale.

La casa di riposo adotta turnificazioni e piani di lavoro adeguati al servizio da svolgere ed al bisogno socio-assistenziale degli ospiti accolti.

Il personale opera in modo da consentire il rispetto dell'orario di lavoro previsto dal proprio contratto nazionale di lavoro e lo svolgimento del servizio.

Tutto il personale è tenuto, nello svolgere la propria attività, ad agire secondo i principi di rispetto ed autodeterminazione della persona, e tutto l'operato deve essere in funzione del soddisfacimento dei bisogni dell'ospite.

Il Comune declina ogni responsabilità per l'assistenza generica ed infermieristica praticata agli ospiti da persone non autorizzate dalla Direzione di ogni struttura residenziale.

All'interno delle strutture residenziali opera un'equipe multidisciplinare, gruppo di lavoro individuato nella carta dei servizi, con il compito di valutare ed esprimere pareri, anche vincolanti, in relazione a quanto indicato nel presente regolamento, in particolare sulle ammissioni e dimissioni degli ospiti, sui piani assistenziali individuali, sui piani di lavoro e turnificazioni, sulla qualità dell'apporto del personale, sulle collaborazioni con i gruppi di volontariato, sulla definizione e raggiungimento degli obiettivi del servizio ed in generale sull'organizzazione e verifica periodica dell'andamento del servizio stesso.

## **Articolo 9. PARTECIPAZIONE, OSPITI E FAMILIARI**

Nei programmi di attività va sempre ricercato il coinvolgimento degli ospiti e delle loro famiglie, tenuto conto dell'importanza per l'anziano del mantenimento di un rapporto con il tessuto socio-familiare di appartenenza. I familiari dovranno essere partecipi e coinvolti in tutti gli aspetti riguardanti i loro congiunti oltre allo scambio delle necessarie informazioni sui piani socio-assistenziale e sanitario nel rispetto dell'attuale normativa sulla "privacy".

Ove possibile, in certe ricorrenze dell'anno, è auspicabile un temporaneo rientro degli ospiti nei loro ambiti familiari.

Ove sono richieste prestazioni di servizio non fornibili, anche solo temporaneamente, dalla struttura residenziale, i familiari sono tenuti ad intervenire con loro apporto e collaborazione diretti.

La struttura protetta favorisce la formazione di organismi di partecipazione dell'utenza e dei famigliari, cui potranno avere accesso anche le organizzazioni esistenti sul territorio, al fine dell'elaborazione degli indirizzi di attività del servizio. L'utilizzo delle sale delle strutture

residenziali da parte di enti, associazioni ed organismi esterni è sia possibile, sia auspicabile al fine di un contatto diretto con la comunità locale, nei limiti e con le modalità regolate da specifica e distinta regolamentazione in vigore.

## **Articolo 10. VOLONTARIATO**

Le strutture protette comunali ospitano e valorizzano l'apporto delle associazioni di volontariato, a carattere sociale, ricreativo, culturale, ambientale, ecc. che intendono offrire il loro apporto nella gestione delle attività di animazione della struttura residenziale, ovvero utilizzare spazi disponibili per attività aperte anche all'esterno, permettendo un collegamento continuo fra gli ospiti e la comunità locale.

Tale apporto deve essere coordinato ed integrato nei programmi che le strutture residenziali intendono realizzare, sulla base di una richiesta formale dell'associazione che intende proporla.

La Direzione intrattiene con i volontari rapporti di collaborazione, di studio e di ricerca, al fine di rendere i servizi sempre più aderenti alle richieste ed alle esigenze degli ospiti della Casa.

## **Articolo 11. RIFERIMENTI NORMATIVI**

Per tutto quanto qui non espressamente previsto è fatto riferimento alla normativa in vigore in campo socio-assistenziale e civilistico, in modo specifico al citato regolamento

regionale per le strutture di accoglimento residenziale. Gli orientamenti di fondo prendono altresì ispirazione dalla carta europea dei diritti degli anziani nelle istituzioni, documento in allegato.

## Allegato A

### **CARTA EUROPA DEI DIRITTI DEGLI ANZIANI NELLE ISTITUZIONI**

*adottata dall'associazione europea dei direttori di case per persone anziane - Ede - , con  
l'impegno di applicarne i principi nelle rispettive strutture e a favorirne la presenza nelle  
politiche sociali*

#### **TITOLO PRIMO**

#### **QUALITÀ DI VITA**

1. Ci dedichiamo a sviluppare una politica di qualità di vita nell'istituto, a sorvegliare in permanenza per migliorarla e per ridurre le inevitabili difficoltà della vita in comunità.
2. Ci impegniamo a perseverare l'autonomia della persona anziana, a favorire l'espressione del suo libero arbitrio, a fornirle i mezzi perché esprima le sue capacità e le sue libere scelte.
3. Le riconosciamo il diritto al domicilio e cerchiamo che la scelta di vita in un luogo istituzionale le preservi le stesse garanzie di un domicilio privato.
4. Ci impegniamo affinché sia rispettato il suo diritto di vita intima e possa godere in totale sicurezza di uno spazio personale.
5. Le riconosciamo il diritto alla proprietà delle sue cose personali, qualunque sia il suo livello di handicap.
6. Le riconosciamo il diritto al rischio, la possibilità di assumersi responsabilità delle sue scelte e di assumerle qualunque sia il suo grado di handicap. Dobbiamo badare in permanenza a non sottovalutare le potenzialità della persona anziana, anche non autonoma.

7. Ci impegniamo a riconoscere ed a mantenere il ruolo sociale della persona anziana, favorendo i suoi legami con il vicinato, la famiglia, gli amici e l'esterno, moltiplicando aperture e scambi, facilitandone l'accesso ai servizi e proponendole attività adatte e stimolanti.

8. Ci impegniamo ad offrire alle persone anziane ed alle loro famiglie possibilità di espressione e di responsabilità nell'ambito delle nostre istituzioni.

9. Come individuo appartenente ad una collettività ed una comunità, l'espressione e l'applicazione dei diritti e libertà delle persona anziana possono essere limitati che dal rispetto dell'esercizio degli stessi da parte di altre persone.

## **TITOLO SECONDO**

### **ADATTAMENTO PERMANENTE DEI SERVIZI**

10. Ci atteniamo a ciò che le politiche istituzionali offrono attraverso risposte adeguate ed evolutive ai desideri ed ai bisogni delle persone anziane, in funzione del loro stato di salute e delle loro attese, allo scopo di favorire in permanenza la loro autonomia.

11. Consideriamo l'istituzione come un insieme di servizi variati e differenziati alla persona anziana, di cui essa possa disporre secondo la sua libera scelta, all'interno e all'esterno dell'istituzione.

12. Ci impegniamo affinché questa offerta di servizi sia la più completa possibile e mai irreversibile.

13. Ci impegniamo a valutare e controllare frequentemente la qualità dei servizi proposti, per adattarli in permanenza ai bisogni ed ai desideri che saranno espressi dalle persone anziane.

14. Ci impegniamo a fornire alla persona anziana una informazione chiara e obiettiva sulle offerte di servizi all'interno e all'esterno dell'istituzione e auspichiamo che l'insieme dei

servizi e degli aiuti alle persone anziane sia chiaro, centralizzato, coordinato ed accessibile alla persona anziana.

15.Ci impegniamo ad elaborare nei nostri diversi paesi contratti di soggiorno conformi ai principi enunciati nella “Carta” ed integrati nell’ordine comunitario per i quali le istituzioni e le persone anziane si impegnano reciprocamente.

### **TITOLO TERZO**

#### **ACCESSO ALLE CURE**

16.Consideriamo che l’accoglienza di una persona anziana è globale e che una risposta globale sanitaria deve essere assicurata senza discriminazione.

17.Ci impegniamo a garantire alla persona anziana in istituto l’accesso a cure di qualità, adatte in permanenza al suo stato di salute, senza discriminazione di domicilio.

18.Ci premuriamo che la persona anziana possa disporre di un supporto sociale, medico e paramedico competente ed uniformato ai problemi gerontologici dell’invecchiamento e dell’handicap.

19.Auspichiamo che in tutti i paesi siano accentuate le politiche di formazione di tutti gli operatori che si occupano delle persone anziane; che i profili di impiego presso le persone anziane siano rivalutati e migliorati e che siano riconosciute le nuove competenze professionali.

20.Ci impegniamo a favorire tutte le possibilità per la formazione dell’insieme del nostro personale e a dare un livello europeo ed una armonizzazione delle formazioni e dei livelli qualificativi.

21. Auspichiamo che la professione di direttore di istituto o dei servizi per le persone anziane non solo possa beneficiare di un'eguale formazione e livello, ma che sia valorizzata nello spazio sociale europeo.

## **TITOLO QUARTO**

### **LA FLESSIBILITÀ NEI FINANZIAMENTI**

22. Esprimiamo la nostra attenzione affinché una politica gerontologica di qualità possa essere offerta a tutta la popolazione senza discriminazione di risorse.

23. Auspichiamo che il costo dei servizi proposti resti accessibile alle persone anziane e che possano beneficiarne in funzione delle loro condizioni e dei loro desideri.

24. Esprimiamo la nostra attenzione affinché la persona anziana disponga di risorse sufficienti qualunque sia il suo livello di autonomia e che possa gestirle il più a lungo possibile.

25. Auspichiamo che esista un reale contributo sociale al finanziamento dell'aiuto alla persona senza discriminazione per quanto riguarda la natura o la destinazione dell'aiuto.

26. Consideriamo la politica gerontologica come fonte, in tutti i paesi d'Europa, di attività economica e di impiego, oggi ed in futuro e che debba essere all'altezza della nostra civiltà e del nostro progresso.

27. Ci impegniamo affinché la politica di aiuto alla persona anziana o handicappata sia semplificata, centralizzata e coordinata.

28. Ci impegniamo a lottare contro la diversificazione delle forme istituzionali o le lungaggini amministrative che comportano disparate responsabilità nei confronti della persona anziana.

29. Auspichiamo che i finanziamenti siano adeguati in permanenza alla evoluzione e alle innovazioni dei servizi.

30. Ci impegniamo a essere responsabili operatori di gerontologia ed a partecipare allo sforzo collettivo nella gestione delle spese pubbliche senza mai rinunciare alla qualità di una politica gerontologica europea ed a un suo continuo miglioramento.

## **Allegato B)**

### **Protocollo per l'istituzione dell'unità funzionale e per l'applicazione dello strumento dell'UVD**

Assemblea dei Sindaci dd. Novembre 2002

Visto il D. Lg.vo 502/92 come modificato dal D. Lg.vo 229/99 che definisce orientamenti e principi su cui si fonda il sistema sanitario nazionale ed, in particolare, l'obiettivo di realizzare una rete di servizi sanitari territoriali riconoscendo al distretto la funzione di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali. Al Distretto sono attribuite, inoltre, risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione; esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio sanitario. Il programma delle attività territoriali è proposto sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto. Il distretto, in particolare garantisce l'accesso della popolazione a strutture e servizi, l'integrazione tra servizi e la continuità assistenziale;

Preso atto della definizione delle diverse tipologie di prestazioni contenute nella norma succitata definite come prestazioni sociosanitarie e che si articolano in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria nonché prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sociosanitaria come meglio ripreso e specificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" (con il quale si definiscono dettagliatamente le diverse tipologie di prestazioni sociosanitarie, i principi di programmazione ed i criteri di finanziamento);

Vista la L. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che, in particolare al Capo II definisce l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema integrato di interventi e servizi sociali con una specifica attenzione alle funzioni dei Comuni (art. 6) ed alla sollecitazione a "coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona" (art. 6 comma 2 lett. b);

Considerati gli atti normativi regionali con le particolari previsioni in materia sanitaria ed in particolare:

la L.R. 41/93 "Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria, in applicazione del decreto legislativo 30.12.1992 n°502 con la previsione della partecipazione consultiva degli EELL alla programmazione sanitaria;

la L.R. 12/94 "Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale

regionale” che all’art. 21 comma 2 stabilisce la coincidenza tra ambito territoriale del Distretto Sanitario con quello del Servizio Sociale di Base di cui all’art. 19 della L.R. 33/88;

Vista la L.R. 49/96 "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria" che precisa come il Distretto sia la sede dell'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali nella quale, attraverso l'uso di strumenti di valutazione multidimensionali e di modelli organizzativi che saranno definiti con specifiche leggi di settore (cfr. L.R. 41/96, L.R. 10/98) si elaborano in forma integrata risposte volte al soddisfacimento di bisogni riferiti alle aree ad altra integrazione quali: materno-infantile, anziani, tossicodipendenti, malati di mente, non autosufficienza;

Vista nello specifico la L.R. 10/98 che detta le norme per la tutela della salute e la promozione sociale delle persone anziane, nonché le conseguenti disposizioni in materia di pianificazione socio-sanitaria e, in particolare, come integrata dalla collegata alla finanziaria L.R. n.13/02 art.12 comma 12;

Dato atto che la L.R. 32/97 ha successivamente integrato con l’art. 41 bis la L.R. 49/96 disponendo che il Servizio Sociale di Base di cui all’art. 19 della L.R. 33/88 e successive modificazioni ed integrazioni assuma la denominazione di Servizio Sociale dei Comuni;

Dato atto che al Servizio Sociale dei Comuni spettano le funzioni di cui all’art. 19 primo comma della L.R. 33/88 come meglio esplicitato nell’allegato 3A alla citata legge, nelle parti compatibili con le disposizioni di cui alla L.R.49/96, nonché quelle previste dall’art. 4 della L.R. 51/93, dalla L.R. 41/96, dalla L.R. 10/98;

Preso atto del documento approvato dalla Giunta regionale nella seduta del 29 luglio 1999 denominato "Principi e criteri per la definizione del piano d'intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel periodo 2000-2002" da cui emerge, in particolare, che Ambito e Distretto sono le due entità organizzative chiamate in causa nella responsabilità per un operare coordinato;

Considerato che tra Ambito e Distretto sono già avviati degli accordi per la realizzazione di forme di lavoro integrato con particolare riferimento alle aree ad alta integrazione quali:

a. protocollo d'intesa (contratto n° 4801 dd. 3 novembre 2000) stipulato tra il Comune di Monfalcone, in qualità di ente gestore dell'Ambito di Servizio Sociale dei Comuni 2.2 Basso Isontino e l'Azienda per i Servizi Sanitari n° 2 Isontina, applicativo dell’art. 32 della L.R. 10/98 in materia di tutela della salute e promozione sociale delle persone anziane con il quale si sancisce l’attivazione dell’unità strutturale e dell’unità di valutazione distrettuale (UVD) per l’area anziani;

b. l’atto d’intesa per l’attivazione dell’équipe multidisciplinare per l’handicap approvato dall’Assemblea dei Sindaci di Distretto nella seduta del 13.11.1998 applicativo della L.R. 41/96 denominata "Norme per l’integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992 n.104”;

c. il protocollo per l'area minori approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 24.03.1999 ed in via di ridefinizione, come previsto alla luce delle modifiche negli assetti dei servizi e dalle elaborazioni effettuate;

### **SI CONVIENE:**

1. istituire l'unità funzionale area adulti
2. istituire l'unità funzionale anziani
3. definire l'applicazione dello strumento dell'UVD (unità di valutazione distrettuale) esteso a tutte le categorie di bisogni dell'età adulta, oltre quelli delineati dalla L.R. 10/98 per gli anziani

#### **(a) L'UNITA' FUNZIONALE: DEFINIZIONE**

Nell'ambito dei processi di integrazione sociosanitari si conviene di promuovere un modello organizzativo rispondente al principio della flessibilità del servizio e della vicinanza agli utenti attraverso l'istituzione dell'unità funzionale.

L'unità funzionale può definirsi come un gruppo di lavoro integrato di figure professionali appartenenti ai comparti sociale e sanitario. Essa è composta da membri nominalmente designati ed ha funzioni di carattere generale e di orientamento per il successivo livello operativo di intervento sui casi qual è quello dell'UVD.

#### **(b) ISTITUZIONE UNITA' FUNZIONALE AREA ANZIANI**

Viene istituita l'unità funzionale anziani.

Essa ha la funzione di:

- analizzare le problematiche dell'età anziana ed elaborare programmi integrati in materia di alta integrazione;
- monitorare l'attivazione e l'attuazione dei programmi elaborati in UVD;
- individuare modalità di comunicazione per assicurare un'informazione chiara alla cittadinanza su servizi e prestazioni offerti;
- predisporre una relazione annuale sull'attività svolta;
- individuare, sulla base dei bisogni emergenti, strategie organizzative per rendere i servizi rispondenti agli stessi.

#### *Sezione 11.02 COMPOSIZIONE DELL'UNITA' FUNZIONALE ANZIANI*

L'unità funzionale è composta da membri nominalmente designati dai servizi e precisamente:  
Capo Distretto e/o suo/i delegato/i;  
infermiere del Distretto;

Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni e/o suo/i delegato/i;  
rappresentante dei MMG.

### *Sezione 11.03 ISTITUZIONE UNITA' FUNZIONALE AREA ADULTI*

Viene istituita l'unità funzionale adulti.

Essa ha la funzione di:

- analizzare le problematiche dell'età adulta ed elaborare programmi integrati in materia di alta integrazione;
- monitorare l'attivazione e l'attuazione dei programmi elaborati in UVD;
- individuare modalità di comunicazione per assicurare un'informazione chiara alla cittadinanza su servizi e prestazioni offerti;
- predisporre una relazione annuale sull'attività svolta;
- individuare, sulla base dei bisogni emergenti, strategie organizzative per rendere i servizi rispondenti agli stessi.

### *Sezione 11.04 COMPOSIZIONE DELL'UNITA' FUNZIONALE ADULTI*

L'unità funzionale è composta da membri nominalmente designati dai servizi e precisamente:

Capo Distretto e/o suo/i delegato/i;

infermiere del Distretto;

Responsabile del DSM e/o suo/i delegato/i;

Responsabile del SerT e/o suo/i delegato/i;

Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni e/o suo/i delegato/i;

rappresentante dei MMG.

## **1. DEFINIZIONE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE**

L'UVD è uno strumento operativo che dev'essere attivato in ciascun Distretto. Essa è una équipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale (cfr. art. 25 L.R. 10/98).

I dati raccolti dall'UVD, le criticità emerse ed i punti di forza verranno rielaborati ed analizzati dalle unità funzionali di pertinenza, adulti e anziani, al fine di fornire orientamenti condivisi di tipo sociale e/o sanitario utili all'operatività delle UVD stesse.

## **2. FUNZIONI DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE**

L'attività dell'UVD si concretizza nella formulazione condivisa di progetti individualizzati e programmazione di "servizi socio-sanitari integrati" per dare risposte ai bisogni complessi.

Il sistema dei servizi socio-sanitari integrati è tale per il compito di valutare i bisogni della persona nel loro complesso ed individuare, in relazione ai bisogni riscontrati, gli idonei interventi socio-sanitari alla cui attuazione provvedono i competenti soggetti gestori (cfr. art. 23 II comma L.R. 10/98).

In generale, l'attivazione dell'UVD è prevista per situazioni che richiedono una valutazione di bisogno multidimensionale ed una progettazione che coinvolga più servizi (bisogni complessi): i servizi sanitari distrettuali, il Servizio Sociale dei Comuni<sup>1</sup>, i MMG, i PLS, il Dipartimento di Salute Mentale<sup>2</sup>, il Dipartimento per le Dipendenze, le Strutture Operative Ospedaliere ed altri servizi pubblici o privati extra aziendali tra cui il privato sociale, così come è prevista la partecipazione dei familiari o dell'interessato stesso qualora l'attivatore dell'UVD ne ravvisi l'opportunità. Sono, comunque, previste ed individuate a cura dell'UVD stessa, nel caso i familiari e/o l'interessato non fossero presenti, le modalità di coinvolgimento degli stessi per la condivisione del progetto assistenziale.

Sono funzioni dell'UVD la progettazione del programma assistenziale personalizzato e la verifica dei risultati.

In dettaglio l'UVD:

1. esamina la documentazione sul caso prodotta dagli operatori coinvolti anche adottando strumenti per la valutazione multidimensionale.
2. Elabora il programma assistenziale personalizzato individuando gli obiettivi di salute perseguibili e definendo l'apporto professionale dei singoli servizi coinvolti nell'attuazione del programma. Definisce il gruppo che si occuperà operativamente del caso e, se diverso dai partecipanti all'UVD, ne promuove il raccordo, designa l'operatore che avrà la funzione di coordinamento e di verifica dell'attuazione del programma (case manager).
3. Verifica il raggiungimento dei risultati anche attraverso la definizione degli indicatori di processo/risultato che verranno utilizzati per la valutazione dei risultati stessi del programma.

L'UVD documenta la propria attività tramite appositi strumenti cartacei (il verbale) ed informatici.

E' responsabilità del Distretto l'informatizzazione dei dati attraverso il Registro INSIEL che permette la raccolta delle seguenti informazioni: anagrafica della persona, provenienza, servizi attivati dalla UVD, tipologia sanitaria e problematicità sociale eventualmente associata.

---

<sup>1</sup> Per la realizzazione del piano assistenziale individualizzato ogni organizzazione/servizio può attivare le risorse che afferiscono allo stesso. Al di là dell'apporto professionale del Servizio Sociale Professionale dei Comuni, di eventuali altri benefici economici, i servizi del Comune essendo a domanda individuale presuppongono una partecipazione al costo da parte dell'utente proporzionalmente al reddito e, comunque, l'accesso è disciplinato dai regolamenti comunali e/o di ambito che definiscono: criteri d'accesso, partecipazioni economiche, priorità, ecc. ed è a questi atti che gli assistenti sociali devono attenersi per l'avvio del procedimento amministrativo (cfr. L. 241/90 e succ. mod. ed integ.).

<sup>2</sup> I servizi per la salute mentale e per le dipendenze vengono riconosciuti già nelle norme istitutive come servizi che rispondono a dei bisogni complessi di natura socio-sanitaria ed è per questo che sono costituiti da equipe multiprofessionali (professioni sanitarie e sociali) che affrontano in modo globale ed integrato la formulazione di programmi collettivi ed individuali.

Nell'ambito dell'attività dell'UVD ogni professionista mette a disposizione le informazioni sul caso utili alla definizione del programma assistenziale individualizzato nel rispetto delle previsioni normative di cui alla L. 675/96 e successive integrazioni e modificazioni. Tutti i componenti dell'UVD sono tenuti al rispetto della privacy relativamente alle informazioni ricevute in sede di UVD stessa ed in virtù dell'esercizio professionale nonché in quanto pubblici ufficiali e/o incaricati di pubblico servizio.

### **3. COMPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE**

L'UVD si articola in un'unità di base composta da:

- medico del Distretto;
- infermiere del Distretto che ha anche il compito di verbalizzare il programma stabilito dall'UVD;
- componente sociale del Comune e/o del SerT e DSM a seconda del Servizio Sociale Professionale che interviene sul caso;
- MMG;

L'UVD si articola in una componente aggiuntiva che vede la presenza di tutte le figure professionali direttamente interessate alla situazione dell'assistito e, in particolare:

- medico e/o personale infermieristico ospedaliero;
- medico specialista esterno;
- fisioterapista;
- Logopedista;
- operatori SERT;
- operatori DSM;
- assistente domiciliare autorizzata dal Comune;
- operatori del Volontariato e/o privato sociale;
- operatori di istituti di ricovero e tutela;
- familiari;
- altri secondo necessità.

### **4. PROCEDURE**

L'attivazione dell'UVD compete al Distretto Sanitario ed al Servizio Sociale dei Comuni. La segnalazione relativa al caso da attivare può arrivare agli "attivatori" da qualsiasi operatore sociale o sanitario territoriale, da operatori di istituti di ricovero o di tutela (previo accordo col rispettivo responsabile), dai MMG e dai PLS. E' compito del servizio attivatore, sulla base della segnalazione, individuare servizi e persone che devono essere coinvolte, prendere contatto con gli stessi per fornire informazioni sul caso.

Tranne particolari situazioni di estrema urgenza, l'accordo verbale sull'incontro sarà seguito da conferma via formale (fax o e-mail).

Considerato che i servizi devono avere il tempo di raccogliere le informazioni sulla persona gli stessi si impegnano ad effettuare l'incontro entro 10 giorni lavorativi dalla segnalazione.

I Servizi contattati raccolgono tutte le informazioni sul caso ad essi accessibili ed utili per la discussione.

L'UVD viene coordinata da personale del Distretto – medico ed infermiere verbalizzante - (che può essere diverso dal coordinatore del caso) ed a essa partecipano figure in grado di assumere decisioni in merito alla partecipazione, operatività e disponibilità di risorse dei servizi rappresentati.

E' del Distretto la responsabilità di scrivere il verbale dell'incontro (modulo in allegato) che deve presentare quanto definito nell'ambito del PAI<sup>3</sup>. Il verbale va letto e sottoscritto da tutti i partecipanti ai quali verrà fornita una copia dello stesso.

La valutazione complessiva del funzionamento dello strumento UVD, proposte per eventuali modifiche del protocollo, elaborazione e discussione dei dati informatici è di pertinenza dell'unità funzionale.

## **5. SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

La segreteria organizzativa è a carico del Distretto.

I compiti della segreteria sono i seguenti:

- Ricepire la richiesta telefonica da parte degli attivatori al fine di compilare la scheda di convocazione con i dati della persona, i servizi da convocare e la data presumibile dell'incontro;
- inviare la scheda invito e registrare la convocazione.

E' compito del segnalante, qualora quest'ultimo sia SerT o DSM, verificare la compatibilità della data con gli altri servizi.

I servizi concorderanno gli archi temporali più opportuni per le convocazioni delle UVD tramite accordi specifici.

## **SPORTELLI DI INFORMAZIONE SOCIO-SANITARIA**

Entrambi i comparti sociale e sanitario esercitano delle funzioni di informazione ed orientamento delle domande dei cittadini presso diverse sedi.

Il Servizio Sociale dei Comuni esercita la funzione di "segretariato sociale" attraverso sedi informative coincidenti con quelle dei Comuni associati nell'Ambito con una diversificata articolazione temporale.

Il Distretto assicura le informazioni di tipo sanitario presso le sedi distrettuali di Monfalcone e Grado.

Si ritiene fondamentale che entrambe le organizzazioni, attraverso le figure professionali presenti, le funzioni che sono loro proprie, possano garantire anche il compito di informazione

---

<sup>3</sup> Cfr. PAI: Piano Assistenziale Individualizzato

all'utenza, e alle famiglie, sulle possibilità assistenziali esistenti, siano esse di carattere sociale, sanitario o integrato.

A tal fine si prevede:

- la predisposizione di materiale documentativo di entrambi i comparti utilizzabile per l'informazione reciproca degli operatori, nonché per la diffusione della stessa ai cittadini che si rivolgono ai diversi punti informativi;
- la promozione di iniziative di formazione/informazione degli operatori sul tema specifico dell'informazione e sulle modalità di accesso ai diversi servizi/prestazioni.