

REPUBBLICA ITALIANA



**Regione Emilia-Romagna**

**BOLLETTINO UFFICIALE**

---

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

---

**Parte seconda - N. 131**

**Euro 4,51**

---

**Anno 37**

**19 dicembre 2006**

**N. 183**

---

**ACCORDI DI PROGRAMMA DEI COMUNI DI  
PARMA, SANTA SOFIA**

**ATTI E COMUNICAZIONI DI ENTI LOCALI*****Sommario*****ACCORDI DI PROGRAMMA DEI COMUNI DI:**

PARMA

pag. 3

SANTA SOFIA

pag. 161

# COMUNE DI **PARMA**

COMUNICATO

## ACCORDO DI PROGRAMMA

Tutela e valorizzazione delle persone anziane  
Interventi a favore di anziani non autosufficienti  
L.R. 5/94, art. 14 – Anni 2006-2007

Tra:

- Amministrazione comunale di Parma
- Amministrazione comunale di Colorno
- Amministrazione comunale di Mezzani
- Amministrazione comunale di Sorbolo
- Amministrazione comunale di Torrile
- Azienda USL di Parma
- Azienda Ospedaliera di Parma
- I.R.A.I.A. di Parma
- Centro Servizi di Assistenza S. Mauro Abate di Colorno

Ottobre 2006

*(segue allegato fotografato)*





**Accordo di Programma per la tutela socio sanitaria della popolazione anziana o di adulti con patologie assimilabili a quelle geriatriche tra il Comune di Parma, il Comune di Colorno, il Comune di Sorbolo, il Comune di Torrile, il Comune di Mezzani, l'Azienda Usl - Distretto Parma, l'Azienda Ospedaliera di Parma gli IRAIA e il Centro Servizi S. Mauro Abate .**

L'anno duemilasei, addì ventisei, del mese di Ottobre fra i sottoscrittori Sig.ri:

Sindaco del Comune di Parma  
Sindaco del Comune di Colorno  
Sindaco del Comune di Sorbolo  
Sindaco del Comune di Torrile  
Sindaco del Comune di Mezzani  
Direttore Generale Azienda USL di Parma  
Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Parma  
Presidente degli IRAIA  
Commissario Straordinario del Centro Servizi S. Mauro Abate di Colorno

Richiamate le seguenti normative (nonché le eventuali modificazioni ed integrazioni):

1. la Legge 27 dicembre 1983 n. 730 "Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato" in particolare là dove pone a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri delle attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio- assistenziali;
2. la D.G.R. del 17/07/1996 n. 1637 "Direttiva regionale per l'identificazione degli interventi socio-assistenziali a carico del bilancio sociale e degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del Fondo Sanitario Nazionale;
3. la Legge Regionale 3 febbraio 1994 n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti"

la Delibera di Giunta Regionale 28 luglio 1997 n. 1455 "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento delle funzioni di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna";

la Legge Regionale 12 ottobre 1998 n. 34 "Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14/01/1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio- sanitaria e socio-assistenziale"

la Delibera di Giunta Regionale 8 febbraio 1999 n. 124 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari"; che propone il superamento delle modalità di erogazione per individuare un unico modello di assistenza domiciliare integrata sanitaria e socio-assistenziale, basato su livelli differenziati delle cure in relazione ai bisogni, da realizzare a livello distrettuale nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie;

la Legge Regionale 21 aprile 1999, n. 3 "Riforma del sistema regionale locale";

- la Delibera di Giunta Regionale 26 luglio 1999, n. 1377 “Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l’anziano non autosufficiente nel proprio contesto”;
- la Delibera di Giunta Regionale 26 luglio 1999, n. 1378 “Direttiva per l’integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all’articolo 20 della L. R. 5/1994”;
- la Delibera di Giunta Regionale 26 luglio 1999, n. 1379 “Adeguamento degli strumenti previsti dalla L. R. 5/1994 in attuazione del Piano Sanitario Regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini ” che individua le seguenti condizioni minime di efficacia al fine di raggiungere gli obiettivi della L.R. 5/94
- la Determinazione del Direttore Generale delle Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna n. 7108 “Approvazione procedure e criteri anziani non autosufficienti ospiti di strutture residenziali ai sensi della deliberazione n. 1378/1999”;
- la Delibera di Giunta Regionale 30 dicembre 1999 n.2581 “Progetto regionale demenze: approvazione linee regionali e primi interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende Unità Sanitarie Locali”;
- la Delibera di Giunta Regionale 1 marzo 2000, n.564 “ Direttiva Regionale per l’autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS, in attuazione della L.R. 12/10/98 n.34;
- la Delibera di Giunta Regionale 1 marzo 2000, n. 309 “Assistenza distrettuale - approvazione linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001”;
- la Delibera di Giunta Regionale 1 marzo 2000, n. 456 “ Piano sanitario 1999-2001. Programma la rete delle cure palliative” che sottolinea l’alta incidenza in età geriatrica di fasi terminali di malattia oncologica e non e la conseguente necessità di inserire nella rete dei servizi territoriali questo tipo di offerta;
- la Delibera di Giunta Regionale 16 febbraio 2000, n. 210 “Integrazione delibera di Giunta Regionale 26 luglio 1999 n. 1378”;
- la Delibera di Giunta Regionale 22 febbraio 2000 n. 270 “Direttiva concernente i requisiti ed i criteri di realizzazione di alloggi con servizi per anziani nell’ambito del programma di interventi pubblici di edilizia abitativa per il triennio 2000-2002”;
- Il Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n.267 “ Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli Enti Locali” ed in particolare l’art. 34 che riconosce al Sindaco la facoltà di promuovere la conclusione di un accordo di programma per la definizione e l’attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l’azione integrata e coordinata di Comuni, Province e Regioni, di Amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici o comunque di due o più tra i soggetti predetti;
- La legge 8 novembre 2000, n.328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

Determinazione del Direttore Generale Politiche sociali Regione Emilia Romagna n. 2601 del 28/3/2001;

La legge Regionale n.2 del 12 Marzo 2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

La legge Regionale n.27/2004 “ Fondo Regionale per la non autosufficienza” e le relative linee regionali attuative

**Tenuto conto**

Delle programmazioni di servizi precedenti al presente Accordo, per la cui realizzazione sono stanziati finanziamenti attraverso risorse pubbliche;

Della mappatura delle risorse degli interventi individuati nel successivo paragrafo II° del presente Accordo, quantificate anche secondo le specifiche modalità di utilizzo;

Degli elaborati tecnici ulteriormente allegati e rappresentanti l'esito di un positivo lavoro di progettazione scaturito da n° 4 commissioni di studio appositamente costituite ("La Rete", "La Formazione e gli Strumenti di Valutazione Multidimensionale", "L'Assistenza Domiciliare Integrata", "Le Dimissioni Difficili");

**Considerato**

Che le situazioni riferite al Distretto Socio – Sanitario e all'intera Azienda presentano ancora criticità connesse all'incompiuto processo di riallineamento delle dotazioni dei territori, come risulta dalla tabella n. 1, ancora in attesa della adozione dell'atto di indirizzo di competenza della Conferenza Sanitaria, per dare compiuta attuazione alle prime direttive per portare ad applicazione il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (ora FR.N.A.)

**Valutato**

Di dover comunque necessariamente sviluppare, attraverso il presente Accordo di Programma, azioni specifiche volte a favorire il conseguimento di obiettivi condivisi, che consentano di rendere operativo il Servizio Assistenza Anziani Distrettuale;

**Si conviene e si stipula**

Il presente Accordo di Programma per il raggiungimento di una maggiore integrazione tra i Servizi Sociali e Sanitari a favore delle persone anziane e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.

Il testo dell'Accordo di Programma in oggetto, composto da n° 61 pagine, previa lettura e sottoscrizione.

Le parti contraenti assumono, altresì, impegno affinché gli Enti che rappresentano adottino tutti gli atti ed i provvedimenti conseguenti ed attuativi dell'Accordo concluso.

**Indice**

1. Premessa
  - 1.1 Situazione demografica
  - 1.2. Indice di Vecchiaia
  - 1.3 Indice di Dipendenza
  - 1.4 Situazione complessiva della Provincia di Parma
  - 2 Servizi presenti nel Distretto Parma
  - 2.1 Assistenza domiciliare comunale
  - 2.2 Assegni di cura
  - 2.3 Assistenza domiciliare integrata sanitaria (A.D.I.)
  - 2.4 Centri diurni
  - 2.5 Alloggi con servizi
  - 2.6 Case protette
  - 2.7 R.S.A.
  - 3 Accesso alla rete dei servizi socio-sanitari
  - 3.1 Attivazione di interventi in forma congiunta
  - 4 Criteri della programmazione e obiettivi prioritari
  - 4.1 Obiettivi prioritari
- Parte prima – Finalità, obiettivi, destinatari dell'Accordo di Programma**
- Art. 1 Finalità dell'Accordo di Programma
  - Art. 2 Obiettivi generali dell'Accordo di Programma
  - Art. 3 Area dei servizi interessati all'Accordo di Programma
  - Art. 4 I destinatari dell'Accordo di Programma
  - Art. 5 Comitato di verifica dell'Accordo di Programma
  - Art. 6 Funzioni del Comitato di verifica dell'Accordo di Programma
- Parte seconda - Servizio assistenza anziani**
- Art. 7 Definizione del Servizio Assistenza anziani
  - Art. 8 Finalità del Servizio assistenza anziani
  - Art. 9 Assetto organizzativo del S.A.A.
  - Art. 10 Organico del Servizio Assistenza Anziani distrettuale
  - Art. 11 Compiti del Servizio Assistenza Anziani distrettuale
  - Art. 12 Servizio Assistenza Anziani decentrato
- Parte terza – Strumenti operativi**
- Art. 13 Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.)
  - Art. 14 Unità di valutazione geriatrica (U.V.G.)
  - Art. 15 I compiti dell'Unità di valutazione geriatrica
  - Art. 16 Il dimensionamento dell'Unità di valutazione geriatrica
  - Art. 17 L'Assistente sociale responsabile del caso
  - Art. 18 Il ruolo dell'Assistente sociale responsabile del caso
  - Art. 19 Il Medico di medicina generale
  - Art. 20 Il ruolo del Medico di medicina generale
  - Art. 21 L'Infermiera professionale del Servizio infermieristico domiciliare
  - Art. 22 Il ruolo dell'Infermiera professionale del Servizio infermieristico domiciliare
  - Art. 23 Il Responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare (R.O.A.D.)
  - Art. 24 Il ruolo del Responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare
- Parte quarta – I bisogni e la rete dei servizi socio-sanitari: dalle criticità alle proposte di miglioramento**
- Art. 25 I bisogni
  - Art. 26 Le criticità
  - Art. 27 Le proposte
- Parte quinta - Norme finali**
- Art. 28 Oneri
  - Art. 29 Durata dell'Accordo di Programma
  - Art. 30 Estensione dell'Accordo di Programma

## Legenda

A.D.I.	Assistenza domiciliare integrata
A.S.P.	Azienda servizi alla persona
A.U.S.L.	Azienda Unità Sanitaria Locale
D.G.R.	Delibera Giunta Regionale
F.R.N.A.	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
I.P.	Infermiera professionale
L.	Legge
N.C.P.	Nucleo Cure Primarie
N.O.A.D.	Nucleo operativo assistenza domiciliare
P.A.I.	Piano assistenziale individualizzato
P.G.T.	Programma di Geriatria Territoriale
R.E.R.	Regione Emilia Romagna
R.O.A.D.	Responsabile organizzativo assistenza domiciliare
R.S.A.	Residenza sanitaria assistenziale
S.A.A.	Servizio assistenza anziani
S.A.D.	Servizio assistenza domiciliare
S.I.D.	Servizio infermieristico domiciliare
U.O.D.	Unità Operativa Decentrata
U.V.G.	Unità di valutazione geriatrica
U.V.M.	Unità di valutazione multidimensionale

## 1. Premessa

### 1.1 Situazione demografica - LA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL DISTRETTO DI PARMA

L'elaborazione di interventi sociali a favore della popolazione anziana non può prescindere da un'analisi demografica.

#### UNA POPOLAZIONE SEMPRE PIU' ANZIANA

Popolazione al 1 gennaio 2002

Classi d'età	Distretto di Parma	
< 14	22.228	11.27 %
15 - 44	80.907	41.05 %
45-64	51.238	26.03 %
65 -74	21.814	11.06 %
> 75	20.878	10.59 %
Totale	197.065	100 %

Popolazione al 1 gennaio 2006

Classi d'età	Distretto di Parma	
< 14	24.522	12,03 %
15 - 44	82.367	40,43 %
45-64	51.571	25,32%
65 -74	22.705	11.15 %
> 75	22.542	11,07 %
Totale	203.707	100 %

Dal confronto dei dati di popolazione dal 2002 al 2006 appare evidente un aumento della popolazione anziana > 65 anni che passa dal 21.65 % al 22.22 % della popolazione totale mentre diminuisce la quota della popolazione adulta che passa dal 67.08 % al 65.75 %.

#### Sesso ed età

All'invecchiamento della popolazione si accompagna la sua femminilizzazione, che raggiunge punte ragguardevoli nelle fasce d'età più anziane, nonostante si riscontri una leggera flessione delle differenze tra i due sessi a favore degli uomini come si evidenzia dal raffronto delle successive tabelle relative ai dati del 2002 e del 2006.

La situazione del Distretto di Parma al 1 gennaio 2002:

- *dopo i 64 anni, vi sono 16 donne ogni 10 uomini*
- *dopo i 74 anni, 20 donne ogni 10 uomini*
- *dopo gli 84 anni, 28 donne ogni 10 uomini*



La situazione del Distretto di Parma al 1 gennaio 2006

- *dopo i 64 anni, vi sono 15 donne ogni 10 uomini*
- *dopo i 74 anni, 19 donne ogni 10 uomini*
- *dopo gli 84 anni, 26 donne ogni 10 uomini*

Al fenomeno va conferito grande rilievo, specie in una prospettiva di politica sociale. Se è vero che il bisogno di assistenza dell'anziano e dell'anziana si acuisce e diviene statisticamente e socialmente rilevante sul crinale dei 75 anni, le risposte e le risorse socio-assistenziali e sanitarie dovranno tenere conto della maggiore probabilità che esso si declini al femminile piuttosto che al maschile.

## **GLI INDICATORI ESSENZIALI**

### **1.2 Indice di vecchiaia**

L'indice di vecchiaia del Distretto di Parma al 1 gennaio 2002 era pari a 192,0 mentre al 1° gennaio 2006 è pari a 184,5. Ciò significa che per ogni ragazzo e ragazza sotto i 15 anni nel 2002 vi erano circa 2 anziani mentre nel 2006 abbiamo poco più di 1,8 anziani residenti.

### **1.3 Indice di dipendenza.**

Misura il rapporto percentuale tra la popolazione strutturalmente attiva (tra i 15 e i 65 anni) che ha cioè il requisito giuridico di occupare un posto di lavoro, e la popolazione strutturalmente inattiva, costituita dai minori di 15 anni e i maggiori di 65, giuridicamente esclusi dal mercato del lavoro.

In sintesi, l'indice di dipendenza misura il numero di anziani e di ragazzi presenti ogni 100 potenziali percettori di reddito.

L'aumento della popolazione anziana nel Distretto di Parma viene confermata dal confronto dell'indice di vecchiaia al 1 gennaio 2002 e al 1 gennaio 2006.

Indice di dipendenza al 1° gennaio 2002 nel Distretto di Parma era infatti pari a 49,12

Nel Distretto di Parma vivevano quindi poco meno di 49 persone in condizione strutturale di dipendenza ogni 100 adulti attivi, il che equivale a dire che due persone attive avevano in media a carico una persona dipendente.

Infatti, per ogni residente con oltre 65 anni vi erano poco più di 3 persone strutturalmente attive, mentre per ogni ragazzo sotto i 15 anni ne esistevano poco meno di 6.

L'indice di dipendenza al 1° gennaio 2006 nel Distretto di Parma è invece pari a 52,09.

Nel Distretto di Parma vivono quindi poco più di 52 persone in condizione strutturale di dipendenza ogni 100 adulti attivi, il che equivale comunque a dire che due persone attive hanno in media a carico una persona dipendente.

Infatti, per ogni residente con oltre 65 anni vi sono quasi 3 persone strutturalmente attive, mentre per ogni ragazzo sotto i 15 anni ne esistono poco meno di 6.



### ***1.4 Situazione complessiva dei distretti della Provincia di Parma rispetto ai Servizi per anziani non autosufficienti***

Nelle tabelle successive viene presentata la situazione complessiva dei servizi per anziani non autosufficienti presenti nei 4 distretti della Provincia di Parma elaborata in base ai dati forniti dall'Azienda Usl di Parma

**Tab. n.1 - Offerta posti convenzionati nelle strutture residenziali al 31.12.2005 -**

Distretto	Popolazione =>75 1.1.2005	N. posti convenzionati			% pop. =>75 anni
		C.P.	RSA	Tot.	
Parma	21.999	611	66	677	3,08
Fidenza	11.549	397		397	3,44
Sud-Est	7.894	237	22	259	3,28
Valli Taro e Ceno	6.777	251		251	3,70
Provincia	48.219	1.496	88	1.584	3,29

**Tab. n. 2 - Offerta posti convenzionati nei Centri Diurni al 31.12.2005 -**

Distretto	Popolazione =>75 1.1.2005	N. posti convenzionati	% pop. =>75 anni
Parma	21.999	202	0,92
Fidenza	11.549	93	0,81
Sud-Est	7.894	66	0,84
Valli Taro e Ceno	6.777	52	0,77
Provincia	48.219	413	0,86

**Tab. n. 3 - Offerta oneri a rilievo sanitario servizio assistenza domiciliare al 31.12.2005 -**

Distretto	Popolazione =>75 1.1.2005	N. posti convenzionati	% pop. => 75 anni
Parma	21.999	281	1,3
Fidenza	11.549	163	1,4
Sud-Est	7.894	114	1,4
Valli Taro e Ceno	6.777	66	1,0
Provincia	48.219	624	1,3

**Tab. n. 4 - Offerta complessiva C.P.- RSA- SAD. al 31.12.2005 -**

Distretto	% C.P./RSA	% C.D.	% S.A.D.	Totale
Parma	3,08	0,92	1,3	5,3
Fidenza	3,44	0,81	1,4	5,65
Sud-Est	3,28	0,84	1,4	5,52
Valli Taro e Ceno	3,70	0,77	1,0	5,47
Provincia	3,29	0,86	1,3	5,45

A.S.L.	DISTRETTO	Pop. =>75 anni	Parametro	Posti convenziona ti	Parametro raggiunto	Posti a totale carico FSR (psicogeriatrici, posti sollievo, GRACER)
		01/01/05	4%	case prott. 31/12/05	R.S.A. 31/10/05	Totale 31/12/05
P A R M A	Parma	19.623	785	542	66	608
	Colorno	826	33	69		69
	Mezzani	296	12	0		0
	Sorbolo	844	34	0		0
	Torrile	410	16	0		0
	Totale Parma	21.999	880	611	66	677
	Fidenza	11.549	462	397		397
	Sud - Est	7.894	316	237	22	259
	Valli Taro e Ceno	6.777	271	251		251
	Totale	48.219	1.929	1.496	88	1.584
						3,10
						8,4
						0,00
						0,00
						0,00
						3,08
						3,44
						3,28
						3,70
						3,29
						59

## COSTI SANITARI ANNO 2005

DISTRETTI	Pop. =>75 anni 01/01/05	n° C.P. e R.S. A.	P.L.	TOTALE COSTI SANITARI per CASE PROTETTE ED R.S.A.		ONERI A RILIEVO SANITARIO PER ASSISTENZA DOMICILIARE		TOTALE COSTI SANITARI per CENTRI DIURNI		Totale costi per sostegno progetti individualizzati		TOTALE COSTI SANITARI per ASSISTENZA ANZIANI	
				%	euro	%	euro	%	euro	%	euro	%	euro
Parma	21.999	12	677	90,8	10.993.348	3,4	405.954	5,9	712.751			100	12.112.053
Fidenza	11.549	11	397	91,3	5.726.968	3,8	236.517	5,0	311.556			100	6.275.042
Sud - Est	7.894	11	259	90,0	3.910.269	3,6	157.249	5,5	239.66800	0,9	38.098	100	4.345.284
Valli Taro e Ceno	6.777	9	251	94,6	3.584.285	1,8	69.677	3,5	133.053			100	3.787.015
Totale	48.219	43	1.584	91,4	24.214.871	3,3	869.397	5,3	1.397.028	0,1	38.098	100	26.481.296

**DETTAGLIO DEI COSTI SANITARI PER CASE PROTETTE ED RSA ANNO 2005**

DISTRETTI	n° C.P. e R.S.A.	P.L.	Totale costo annuo oneri a rilievo sanitario		Totale costo annuo farmaci		Totale costo annuo assistenza infermieristica		Totale costo annuo assistenza riabilitativa	
			%	euro	%	euro	%	euro	%	euro
Parma	12	677	69,3	7.617.422	2,6	290.924	22,2	2.443.424	3,7	405.065
Fidenza	11	397	72,4	4.145.369	1,9	111.304	19,6	1.121.086	3,7	213.891
Sud - Est	11	259	69,3	2.708.426	2,6	99.853	21,3	833.525	3,8	148.649
Valli Taro e Ceno	9	251	73,5	2.633.285	2,2	80.000	18,6	666.000	3,3	120.000
Totale	43	1584	70,6	17.104.502	2,4	582.081	20,9	5.064.035	3,7	887.605

DISTRETTI			Totale costo annuo assistenza medica diagnosi e cura		Totale costo annuo coordinamento interno assit. Sanitaria		TOTALE COSTI SANITARI	
			%	euro	%	euro	%	euro
Parma	12	677	1,6	180.591	0,5	55.922	100	10.993.348
Fidenza	11	397	1,1	64.155	1,2	71.164	100	5.726.969
Sud - Est	11	259	1,7	66.767	1,4	53.049	100	3.910.269
Valli Taro e Ceno	9	251	0,9	32.000	1,5	53.000	100	3.584.285
Totale	43	1584	1,4	343.513	1,0	233.135	100	24.214.871

**Situazione dei Servizi nell'Azienda usl di Parma al 31/12/2005  
per la popolazione anziana al 01/01/05**

A.S. L.	DISTRETTO	Pop. =>75 anni	Posti Centri Diurni	Parametro	Ass. Domiciliare con oneri Sanitari	Parametro
		01/01/05		1%		1,5%
	Parma	21.999	202	0,92	281	1,28
	Fidenza	11.549	93	0,81	163	1,41
	Sud - Est	7.894	66	0,84	114	1,44
	Valli Taro e Ceno	6.777	52	0,77	66	0,97
	Totale	48.119	413	0,86	624	1,29

**Situazione dei Servizi nel Distretto di Parma al 31/12/2005 per la  
popolazione anziana al 01/01/05**

DISTRETTO	Pop. =>75 anni	Posti Centri Diurni	Parametro	Differenza con parametro	Ass. Domiciliare con oneri Sanitari	Parametro	Differenza con parametro
	01/01/01		1%			1,5%	
Parma	19.623	177	0,92	-0,08	249	1,27	-0,23
Colorno	826	0	0	-1	10	1,21	-0,29
Mezzani e Sorbolo	1140	14	1,23	+0,23	14	1,22	-0,28
Torrile	410	11	2,68	+1,68	8	1,95	+0,45
Totale	21.999	202	0,92	-0,22	281	1,28	-0,08

Programmazione finanziata dell'AUSL per il 2006						
A.S.L.	DISTRETTO	Posti per Case Protette	Alloggi con servizi			
P	Parma	5	6			
A	Colorno					
R	Mezzani					
M	Sorbolo	6				
A	Torrile					
	Totale Distretto	11	6			
Programmazione concordata in sede di Conferenza Sanitaria Territoriale per il 2007						
A.S.L.	DISTRETTO	Posti per Case Protette	Posti per Hospice	Posti per Alzheimer	Posti per Centri Diurni	Appartamenti previsti in convenzione
P	Parma	35				
A	Colorno					
R	Mezzani					
M	Sorbolo					
A	Torrile					
	Totale Distretto	35				

## **2. Servizi presenti nel Distretto Parma**

I servizi per anziani presenti a livello distrettuale sono i seguenti:

- telesoccorso e telecontrollo (tutti i Comuni)
- servizio "A casa sicuri" (Comune di Parma)
- assistenza domiciliare (tutti i Comuni)
- assistenza domiciliare sanitaria integrata (tutti i Comuni)
- assegno di cura (tutti i Comuni)
- assegno sociale . (Comune di Parma)
- alloggi con servizi . (Comune di Parma)
- spazi di mutuo aiuto (Comune di Parma)
- spazi collettivi (Comune di Parma)
- centri diurni (Comuni di Parma, Sorbolo e Torrile)
- comunità alloggio (Comune di Parma)
- case di riposo (Comune di Sorbolo)
- case protette (Comuni di Parma, Colorno e Sorbolo)
- R.S.A. (Comune di Parma)
- servizi di trasporto (tutti i Comuni)
- assistenza economica (tutti i Comuni)
- attività motoria (tutti i Comuni)
- consulenza alle famiglie e alle assistenti familiari nel lavoro di cura al domicilio (tutti i Comuni)

Nei successivi paragrafi si analizzano i servizi appartenenti alla rete socio-sanitaria rientranti nel presente Accordo di Programma:

- assistenza domiciliare
- assistenza domiciliare sanitaria integrata
- assegno di cura
- centri diurni
- alloggi con servizi
- case protette
- R.S.A.

### **2.1. Assistenza domiciliare**

Il Servizio di assistenza domiciliare dei Comuni del Distretto di Parma è un servizio della rete che eroga prestazioni socio-assistenziali e a rilievo sanitario ad anziani non autosufficienti e ad adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche favorendo la permanenza al domicilio della persona ed il sostegno della famiglia.

Gli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali, da imputare sul Fondo sanitario e da corrispondere all'Ente che gestisce il servizio, sono determinati al comma 1 dell'art. 4 della D.G. R. 1378/99, per ogni ora di effettiva assistenza per ogni anziano e/o adulto certificato non autosufficiente assistito dal Servizio di Assistenza Domiciliare che riceva al domicilio almeno 5 interventi assistenziali tutelari alla settimana o per almeno 6 ore di assistenza tutelare la settimana da operatori addetti all'assistenza di base. Il servizio di assistenza domiciliare per ottenere la corresponsione di tali oneri, deve funzionare almeno 6 giorni settimanali ed essere in grado di garantire, all'occorrenza, prestazioni domiciliari durante tutto l'arco della giornata (mattina e pomeriggio).



La proposta di convenzione deve essere presentata dall'Azienda USL al Comitato dell'Accordo di Programma entro il mese di Settembre dell'anno precedente in modo da permettere agli Enti di predisporre i propri bilanci.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare ad anziani non autosufficienti è effettuato in tutti i 5 comuni del distretto. Di seguito viene descritta la situazione di ogni singolo comune.

### 2.1.1 Assistenza domiciliare del Comune di Parma

<i>A chi si rivolge</i>	Il servizio di assistenza domiciliare è destinato ad anziani con diverso grado di non autosufficienza o a persone adulte affette da patologie assimilabili a quelle geriatriche che necessitano di supporto e/o monitoraggio nelle attività quotidiane, con l'obiettivo di garantire la permanenza nel proprio ambiente di vita.
<i>Modalità d'accesso</i>	Gli interventi di assistenza domiciliare sono attivati sulla base degli obiettivi individuati dal Progetto Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso, alla quale compete la valutazione del bisogno socio-assistenziale) e che si avvale della Referente delle Attività Assistenziali. Il PAI viene concordato con l'anziano e la sua famiglia.
<i>Servizi</i>	<p>Gli interventi socio-assistenziali definiti dal progetto personalizzato sono erogati da fornitori accreditati dal Comune di Parma e prevedono attività per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cura della persona (aiuto nell'alzata, igiene quotidiana, bagno, rimessa a letto, mobilitazione, aiuto all'assunzione di farmaci) e dell'ambiente domestico;</li> <li>- fornitura/somministrazione pasti</li> <li>- accompagnamenti/commissioni</li> <li>- attività di socializzazione</li> <li>- soggiorni climatici</li> </ul> <p>Per usufruire delle prestazioni, ai costi stabiliti dal "Regolamento per il calcolo della contribuzione a carico dell'utenza dei servizi assistenziali territoriali rivolti alla popolazione anziana", il Servizio Anziani Comunale predispone un "Buono di servizio", che consente di acquistare gli interventi presso i fornitori accreditati. Al cittadino compete la scelta del fornitore, con il quale stipula il contratto di servizio.</p> <p>Il Servizio Anziani garantisce la "presa in carico" globale dei bisogni socio-assistenziali, valutando i medesimi, definendo il PAI e rapportandosi con il personale del fornitore accreditato e gli altri servizi della rete. Assicura inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulenza psico-sociale;</li> <li>- consulenza riferita alle gestione delle attività assistenziali;</li> <li>- attività di controllo e verifica della qualità degli interventi erogati dal fornitore e sul perseguimento degli obiettivi del PAI.</li> </ul>

<b>Caratteristiche organizzative</b>	<p>Le caratteristiche organizzative del servizio sono dettagliate nel “Progetto organizzativo-funzionale della proroga del modulo gestionale propedeutico all’avvio della gestione del servizio di assistenza domiciliare rivolto alle persone anziane e agli adulti non autosufficienti, a mezzo dell’accreditamento”.</p> <p>Orari del servizio: gli interventi (programmati nel PAI) sono garantiti tutti i giorni dell’anno in una fascia oraria compresa tra le ore 6.00 e le ore 22.00.</p> <p>Tempi per l’attivazione del Servizio: tempo medio pari a 3 giorni lavorativi.</p> <p>Per gli ‘anziani soli o con rete familiare inadeguata’ è prevista la possibilità di attivazione del Servizio in via d’urgenza entro le 24 ore dalla comunicazione dell’Assistente Sociale.</p> <p>Gli addetti all’assistenza di base che erogano il servizio variano in base al numero e alla tipologia di Buoni di servizio emessi. Mediamente sono 190.</p> <p>Non esiste lista d’attesa, in quanto tutti gli interventi necessari vengono erogati.</p> <p>Mediamente vengono assistite durante l’anno 1200 persone.</p>
--------------------------------------	--

#### ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNE DI PARMA AL 31/12/05

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
<b>Anziani Autosufficienti (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) che vivono soli</b>	1		10	7	5	8	13	41	29	56
<b>Anziani Autosufficienti (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>	2		1	1		2	10	5	13	8
<b>Anziani Autosufficienti (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) conviventi con i familiari</b>			1	2		1	1	5	2	8
<b>Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati ASL) che vivono soli</b>	1	1	7	2	1	7	7	49	16	59
<b>Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati ASL) conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>	1		2	7	6	7	34	32	43	46

<b>Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (<i>certificati ASL</i>) conviventi con i familiari</b>	1	3	5	3	2	3	4	45	12	54
<b>Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (<i>NON certificati ASL</i>) che vivono soli</b>	2	4	12	25	16	40	34	152	64	221
<b>Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (<i>NON certificati ASL</i>) conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>	2	2	7	13	13	14	50	38	72	67
<b>Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (<i>NON certificati ASL</i>) conviventi con i familiari</b>	2	2	6	7	3	5	12	46	23	60
<b>TOTALE ANZIANI</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>51</b>	<b>67</b>	<b>46</b>	<b>87</b>	<b>165</b>	<b>413</b>	<b>274</b>	<b>579</b>

## MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
AMMESSI	10	11	23	34	31	46	119	201	183	292
DIMESSI	5	5	12	19	13	29	69	148	99	201
DECEDUTI	1	6	10	4	15	12	57	69	83	91
<b>TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005*</b>									<b>456</b>	<b>871</b>

\* Il dato totale utenti assistiti è determinato dalla somma degli utenti al 31.12.2005, dei dimessi e dei deceduti nel 2005.

## DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005

RETTE	€	80.641,70
ONERI SANITARI	€	376.505,91
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€</b>	<b>457.147,61</b>
<b>TOTALE SPESE</b>	<b>€</b>	<b>3.174.760,95</b>



Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (NON certificati ASL) che vivono soli								1		1
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (NON certificati ASL) conviventi con coniuge anziano o altri anziani										
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. (NON certificati ASL) conviventi con i familiari										
TOTALE ANZIANI	1	1			1		3	9	5	10

## MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
AMMESSI										
DIMESSI					1	1			1	1
DECEDUTI	1	1					1	2	2	3
TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005 *									8	14

\* Il dato totale utenti assistiti è determinato dalla somma degli utenti al 31.12.2005, dei dimessi e dei deceduti nel 2005.

## DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005

RETTE	€	30.153,20
ONERI SANITARI	€	6.064,80
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€</b>	<b>35.218,00</b>
<b>TOTALE SPESE</b>	<b>€</b>	<b>165.208,02</b>



<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>conviventi con i familiari</b>										
<b>Anziani Non</b> autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) <b>che vivono soli</b>						2	1	12	1	14
<b>Anziani Non</b> autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) <b>conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>						3	3	3	3	6
<b>Anziani Non</b> autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) <b>conviventi con i familiari</b>	2		1	5		1	1	6	4	12
<b>Anziani Non</b> autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>NON certificati ASL</i> ) <b>che vivono soli</b>										
<b>Anziani Non</b> autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>NON certificati ASL</i> ) <b>conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>										
<b>Anziani Non</b> autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>NON certificati ASL</i> ) <b>conviventi con i familiari</b>										
<b>TOTALE ANZIANI</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>5</b>		<b>6</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>32</b>

## MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

<b>UTENTI ANZIANI</b>	<b>&lt; 65 anni</b>		<b>65-74 anni</b>		<b>75- 79 anni</b>		<b>80 o più anni</b>		<b>TOTALE</b>	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
AMMESSI	2	1	3	7	1	6	10	25	16	39
DIMESSI		1	2	2	1		3	3	6	6
DECEDUTI							2	1	2	1
<b>TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005*</b>									<b>16</b>	<b>39</b>

\* Il dato totale utenti assistiti è determinato dalla somma degli utenti al 31.12.2005, dei dimessi e dei deceduti nel 2005.



### DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005

RETTE	€	49.675,39
ONERI SANITARI	€	15.732,53
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€</b>	<b>65.407,92</b>
<b>TOTALE SPESE</b>	<b>€</b>	<b>171.005,62</b>

#### 2.1.4 Assistenza domiciliare del Comune di Torrile

<i>A chi si rivolge</i>	Il servizio di assistenza domiciliare è destinato ad anziani con diverso grado di non autosufficienza o a persone adulte affette da patologie assimilabili a quelle geriatriche che necessitano di supporto e/o monitoraggio nelle attività quotidiane, con l'obiettivo di garantire la permanenza nel proprio ambiente di vita.
<i>Modalità d'accesso</i>	Servizio Sociale del Comune, valutazione dell'Assistente Sociale area Anziani
<i>Servizi</i>	Igiene quotidiana e programmata, accompagnamenti a visite specialistiche, commissioni, disbrigo pratiche amministrative, controllo sociale, socializzazione, fornitura pasti
<i>Caratteristiche organizzative</i>	Mediamente gli utenti in carico sono 35-40 in un anno, viene stabilita una lista d'attesa all'occorrenza, sulla quale si procede per priorità sociale ed economico-familiare, gli orari di funzionalità del servizio sono 7.30-13.00 e 15-8 (dal lunedì al sabato), il personale dedicato è costituito da 4 OSS

#### ASSISTENZA DOMICILIARE DEL COMUNE DI TORRILE AL 31/12/05

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>che vivono soli</b>				2	1	7		6	1	15
<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>conviventi con coniuge anziano o altri anziani</b>				2	2	2			2	4
<b>Anziani Autosufficienti</b> (senza corresponsione oneri dal F.S.N.) <b>conviventi con i familiari</b>								2		2
<b>Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. (certificati ASL) che vivono soli</b>					1	1		1	1	2



Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) conviventi con coniuge anziano o altri anziani					1		2	4	3	4
Anziani Non autosufficienti con corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>certificati ASL</i> ) conviventi con i familiari						1		2		3
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>NON certificati ASL</i> ) che vivono soli										
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>NON certificati ASL</i> ) conviventi con coniuge anziano o altri anziani								2		2
Anziani Non autosufficienti senza corresponsione oneri dal F.S.N. ( <i>NON certificati ASL</i> ) conviventi con i familiari										
<b>TOTALE ANZIANI</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>32</b>

## MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
AMMESSI	0	0	1	2	1	4	1	3	3	9
DIMESSI	0	0	0	1	1	2	0	3	1	6
DECEDUTI	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
<b>TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005*</b>									<b>11</b>	<b>38</b>

\* Il dato totale utenti assistiti è determinato dalla somma degli utenti al 31.12.2005, dei dimessi e dei deceduti nel 2005.

**DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005**

<b>RETTE</b>	€	9.249,73
<b>ONERI SANITARI</b>	€	3.994,92
<b>TOTALE ENTRATE</b>	€	<b>13.244,65</b>
<b>TOTALE SPESE</b>	€	<b>126.027,03</b>

**2.2. Assegni di cura**

<b>A chi si rivolge</b>	L'assegno di cura fornisce sostegno economico alle famiglie che assicurano il mantenimento dell'anziano con diverso grado di non autosufficienza (o a persone adulte affette da patologie assimilabili a quelle geriatriche) nel proprio ambiente di vita, con il fine di evitare o posticipare la sua istituzionalizzazione. Può essere richiesto dall'anziano stesso, da un familiare, dall'amministratore di sostegno o altri soggetti che con l'anziano intrattengono consolidati e verificabili rapporti di cura.
<b>Modalità d'accesso</b>	L'assegno di cura non è una prestazione a domanda, ma un'opportunità di intervento della rete dei servizi: viene pertanto attivato sulla base degli obiettivi individuati dal Piano Assistenziale Individualizzato, definito dall'assistente sociale responsabile del caso insieme con l'Unità di Valutazione Geriatrica e concordato con la famiglia. L'accesso alla risorsa è vincolato al non superamento di un limite reddituale (ISEE dell'anziano che beneficia delle cure deve essere inferiore a 20.000,00 Euro - rif. 2006-).
<b>Servizi</b>	<p>L'assegno di cura è concepito come strumento per il miglioramento della qualità dell'assistenza a domicilio ed è utilizzato come leva strategica per una presa in carico più globale: il servizio anziani si costituisce pertanto come costante riferimento per la famiglia al fine di garantire orientamento, informazione e sostegno tecnico-consulenziale per quanto attiene alle problematiche assistenziali, psicologiche e giuridiche.</p> <p>L'entità del contributo giornaliero da erogare è definita in base alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziana/o e al conseguente impegno assistenziale, condizioni valutate dall'Unità di Valutazione Geriatrica.</p> <p>Nell'anno 2006 il contributo giornaliero è fissato in € 18,11, € 12,08, € 8,45 in relazione all'intensità assistenziale - definita da criteri individuati dalla Regione Emilia-Romagna - ed erogato in base ai criteri di priorità individuati dal "Regolamento per la gestione degli assegni di cura".</p>

Assegni di cura anno 2005	
Contratti attivi al 1/1/05	441
Contratti sottoscritti nel 2005	406
Contratti cessati nel 2005	284
Contratti attivi al 31/12/05	563
Spesa anno 2005	€ 1.300.669

Nel corso dell'anno 2005 si è assistito ad un incremento dell'utilizzo dell'assegno di cura inteso sempre più come uno strumento della rete dei servizi a supporto degli interventi di assistenza domiciliare integrata in coerenza alle linee guida regionali e in linea con gli obiettivi dei Piani di Zona distrettuali.

Assegni di cura anno 2005				
COMUNE	N. ASSEGNI anno 2005	BUDGET IMPEGNATO AL 31/12/05 €	BUDGET ANNO 2005 €	% BUDGET SPESO NEL 2005 €
PARMA	707	1.107.078,24	1.129.359,00	92,9
COLORNO	55	66.067,36	65.393,00	100,2
SORBOLO MEZZANI	50	75.757,29	77.914,00	97,2
TORRILE	35	51.748,76	55.653,00	93
<b>TOTALE</b>	<b>847</b>	<b>1.300.669,45</b>	<b>1.391.319,00</b>	<b>93</b>

L'Azienda Unità Sanitaria Locale ed i Comuni del Distretto di Parma approvano, allegato al presente Accordo di programma, il Regolamento distrettuale per l'assegnazione e l'erogazione dell'assegno di cura (allegato n. 1).

### 2.3. Assistenza domiciliare integrata sanitaria (A.D.I.)

Il servizio infermieristico domiciliare è attivo in tutto il territorio del distretto nelle ore diurne dal lunedì al sabato (dalle 8.00 alle 19.30) e durante i giorni festivi con presenze programmate per i casi in cui, nei P.A.I., sono previsti interventi con cadenza quotidiana

Interventi infermieristici in assistenza domiciliare integrata anno 2004

	<i>Numero casi</i>	<i>Numero accessi</i>
<b>ADP</b>	495	7.049
<b>ADI</b>	819	23.028
<b>ASDI</b>	5.819	9.591

OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE	
Numero casi assistiti	394

Interventi infermieristici in assistenza domiciliare integrata anno 2005

	<i>Numero casi</i>	<i>Numero accessi</i>
<b>ADP</b>	627	7.837
<b>ADI</b>	855	25.420
<b>ASDI</b>	5.924	10.172

OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE	
Numero casi assistiti	448

## 2.4. Centri diurni

Il centro diurno è una struttura socio – assistenziale a rilievo sanitario a carattere diurno destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza. Il Centro diurno assistenziale offre quindi un sostegno e un aiuto all'anziano e alla sua famiglia attraverso il mantenimento delle abilità e competenze relative alla sfera dell'autonomia, dell'identità e dell'orientamento spazio-temporale, della relazione interpersonale e della socializzazione.

I Centri diurni assistenziali devono essere funzionanti almeno 5 giorni alla settimana per non meno di 42 ore settimanali, con presenza continua di addetti all'assistenza di base in relazione alla tipologia ed alle necessità degli anziani.

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

L'Azienda U.S.L. assicura l'assistenza infermieristica e riabilitativa in relazione a quanto previsto nei piani individuali di assistenza.

La proposta di convenzione deve essere presentata dall'Azienda USL al Comitato dell'Accordo di Programma entro il mese di Settembre dell'anno precedente in modo da permettere agli Enti di predisporre i propri bilanci.

I Centri Diurni sono presenti nei Comuni di Parma, di Sorbolo e di Torrile.

Di seguito viene descritta la situazione di ogni singolo comune.

### 2.4.1. Centri Diurni del Comune di Parma

<i>A chi si rivolge</i>	Il Centro Diurno è una struttura socio-sanitaria, a carattere diurno, destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza e a persone adulte affette da patologie assimilabili a quelle geriatriche.
<i>Modalità d'accesso</i>	Il Centro Diurno costituisce una risorsa attivata sulla base degli obiettivi individuati dal Progetto Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso, la quale si raccorda con il Medico di base e si avvale della Responsabile delle Attività Assistenziali. Il PAI viene condiviso con l'anziano e la sua famiglia.
<i>Servizi</i>	Il servizio fornisce un supporto alle famiglie impegnate nel lavoro di cura, con l'obiettivo di mantenere e stimolare le abilità residue dell'anziano e favorire la permanenza nel proprio ambiente sociale e familiare. La frequenza al Centro Diurno - a tempo pieno o part-time, per tutti i giorni della settimana o solo per alcuni giorni - offre l'opportunità di usufruire degli interventi definiti nel piano individualizzato: monitoraggio continuativo, igiene e cura della persona, pasto e aiuto nell'alimentazione, servizio di trasporto da/per il centro, attività di socializzazione, assistenza infermieristica programmata, servizi di lavanderia, commissioni e accompagnamenti garantiti agli anziani privi di rete familiare.
<i>Caratteristiche organizzative</i>	Polo 1 San Leonardo-Parma Centro : - Centro Diurno Molen Bass (via Firenze 20) N. posti: 20 - Centro Diurno San Leonardo (via Milano 36) N. posti: 25 (di cui attualmente 14 per accesso dal territorio e 11 a disposizione degli ospiti della Casa Protetta) - Centro Diurno Parma Centro (P.le Allende 1) N. posti: 25

	<p>Polo 2 Oltretorrente –Pablo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro Diurno L'incontro (Via Marchesi 6) N. posti: 25</li> <li>- Centro Diurno XXV Aprile (Via Taro 27): N. posti 25</li> <li>- Centro Diurno Gulli (Via Rismondo 1) N. posti: 20</li> </ul> <p>Polo 3 Lubiana-Cittadella:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro Diurno Il Campo (Via Del Campo 12) N. posti: 20</li> <li>- Centro Diurno Cittadella (Via Caduti e Dispersi di Russia 1/a) N. posti: 25</li> </ul> <p>Polo 4 Montanara- Molinetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro Diurno Montanara (Via Langhirano 15) N. posti: 30</li> <li>- Centro Diurno Molinetto (P.le Fiume 5) N. posti: 15</li> <li>- Centro Diurno Corcagnano (Via Donatori di Sangue) N. posti: 15</li> </ul> <p>Tutti i Centri Diurni sono aperti dalle ore 7.30 alle ore 18.30 dal lunedì al venerdì. I Centri Diurni Gulli, L'Incontro, Il Campo, Cittadella sono aperti anche il sabato.</p> <p>I Centri Diurni XXV Aprile, Parma Centro e Montanara sono aperti, oltre al sabato, anche nei giorni festivi.</p> <p>Vengono assicurati almeno 100 minuti/die di assistenza per ogni posto autorizzato (rapporto 1:4).</p> <p>Tale minutaggio si riferisce ad interventi assicurati esclusivamente da addetti all'assistenza di base e comprende le attività di assistenza diretta alla persona e la partecipazione alle riunioni di coordinamento.</p> <p>Totale posti convenzionati: 177 Totale posti autorizzati: 245</p> <p>Lista d'attesa media n. 20 persone.</p>
--	---

## CENTRI DIURNI COMUNE DI PARMA al 31/12/05

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
Autosufficienti			2	1		1	1	2	3	4
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario	1	1	10	9	11	19	21	82	43	111
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario		2	2	2	5	10	8	38	15	52
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>122</b>	<b>61</b>	<b>167</b>

## MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
ACCOLTI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario										
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario	1	4	8	9	16	17	29	74	54	104
DIMESSI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario										
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario	1	2	3	10	14	9	27	57	45	78
DECEDUTI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario										
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario			1		2		6	10	9	10
<b>TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005</b>									<b>115</b>	<b>255</b>

## DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005

RETTE	€ 695.630,42
ONERI SANITARI	€ 607.679,12
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€ 1.303.309,54</b>
TOTALE SPESE	€ 2.850.234,69



**2.4.2. Centro Diurno del Comune di Sorbolo**

<b><i>A chi si rivolge</i></b>	Il Centro Diurno è una struttura socio-sanitaria, a carattere diurno, destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza o a persone adulte affette da patologie assimilabili a quelle geriatriche
<b><i>Modalità d'accesso</i></b>	Il Centro Diurno costituisce una risorsa attivata sulla base degli obiettivi individuati dal Piano Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso
<b><i>Servizi</i></b>	Il servizio fornisce un supporto alle famiglie impegnate nel lavoro di cura, con l'obiettivo di mantenere e stimolare le abilità residue dell'anziano e favorire la permanenza nel proprio ambiente sociale e familiare. La frequenza al Centro Diurno offre l'opportunità di usufruire degli interventi definiti nel piano individualizzato: monitoraggio continuativo, igiene e cura della persona, pasto e aiuto nell'alimentazione, servizio di trasporto al centro, attività di socializzazione, assistenza infermieristica, servizi di lavanderia e accompagnamenti garantiti all'anziani privi di rete familiare.
<b><i>Caratteristiche organizzative</i></b>	Sede : Via Beethoven, 9 Sorbolo N. 20 posti autorizzati, presenza media 12 ospiti e non c'è lista d'attesa. Aperto dal Lunedì al Venerdì dalle 07.30 alle 17.30 . Dal giugno 2003 esiste un progetto di apertura anche al Sabato per tutto il 2006. Turnano 3 operatrici con momenti di compresenza. I trasporti sono effettuati da un'operatrice e da un autista.

**CENTRO DIURNO COMUNE DI SORBOLO AL 31/12/05**

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
Autosufficienti										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario				1		1	3	6	3	8
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario										
TOTALE				1		1	3	6	3	8

## MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
ACCOLTI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario			1	3	1	2	6	10	8	15
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario										
DIMESSI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario			1	2		1	3	2	4	5
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario										
DECEDUTI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario					1				1	
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario										
<b>TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005</b>									<b>8</b>	<b>13</b>

## DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005

RETTE	€	50.106,00
ONERI SANITARI	€	37.474,88
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€</b>	<b>87.580,88</b>
<b>TOTALE SPESE</b>	<b>€</b>	<b>160.137,66</b>



### 2.4.3 Centro Diurno del Comune di Torrile

<b>A chi si rivolge</b>	Il Centro Diurno è una struttura socio-sanitaria, a carattere diurno, destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza o a persone adulte affette da patologie assimilabili a quelle geriatriche
<b>Modalità d'accesso</b>	Il Centro Diurno costituisce una risorsa attivata sulla base degli obiettivi individuati dal Piano Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso.
<b>Servizi</b>	Assistenza tutelare diurna (tutta la giornata, solo mattino o solo pomeriggio, con o senza pasto), prestazioni igienico-sanitarie, assistenza infermieristica (tramite servizio AUSL) attività di mobilitazione, attività motoria giornaliera coordinata da un fisioterapista, attività occupazionale, animazione, socializzazione, trasporto
<b>Caratteristiche organizzative</b>	Sede: Pz.le Sandro Pertini, 21/1 Gestione: Pro.ges Posti autorizzati: 20 Posti convenzionati:10 Esiste lista d'attesa. Orari: dal lunedì al sabato dalle ore 08.00 alle 18.00 Personale: 1 Autista con mansioni anche di ausiliaria (tot.ore 29,30 settimanali) 5 OSS (tot.ore settimanali: 126) + 1 RAA (ore 38 settimanali)

#### CENTRO DIURNO COMUNE DI TORRILE AL 31/12/05

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.
Autosufficienti						1		5		6
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario			1	1	1	1	4	8	6	10
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario							1	4	1	4
1 2TOTALE			1	1	1	2	5	17	7	20

#### MOVIMENTAZIONE NELL' ANNO 2005

UTENTI ANZIANI	< 65 anni		65-74 anni		75- 79 anni		80 o più anni		TOTALE	
	M.	F.	M	F	M	F	M	F.	M	F.

ACCOLTI										
<i>Autosufficienti</i>				1				3		4
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario								5		5
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario							1		1	
DIMESSI										
<i>Autosufficienti</i>								1		1
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario					1		2	3	3	3
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario										
DECEDUTI										
<i>Autosufficienti</i>										
Non autosufficienti certificati ASL con oneri a rilievo sanitario								1		1
Non autosufficienti NON certificati ASL senza oneri a rilievo sanitario										
<b>TOTALE UTENTI ASSISTITI NELL'ANNO 2005</b>									<b>10</b>	<b>24</b>

#### DATI ECONOMICI DEL SERVIZIO DELL'ANNO 2005

RETTE	€	96.284,90
ONERI SANITARI	€	35.916,20
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€</b>	<b>132.201,10</b>
<b>TOTALE SPESE</b>	<b>€</b>	<b>236.734,30</b>

- **2.5 Alloggi con servizi**

**Situazione degli Alloggi con servizi presenti nel Comune di Parma**

<b><i>A chi si rivolge</i></b>	Accedono agli alloggi con servizi gli anziani di età uguale o superiore ai 65 anni e gli adulti in condizioni assimilabili agli anziani per problematiche psico-fisiche, che non possono più continuare a vivere nel proprio domicilio per motivi di inadeguatezza dell'abitazione, isolamento, solitudine, che presentano perdita di autonomia, quindi ad elevato rischio di istituzionalizzazione.
<b><i>Modalità d'accesso</i></b>	L'alloggio con servizi costituisce una risorsa attivata sulla base degli obiettivi individuati dal Piano Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso, concordato con l'anziano e la sua famiglia. Per i PAI riferiti ad anziani con riduzione di autonomia, l'Assistente sociale si avvale dell'Unità di Valutazione Geriatria.

<p><b>Caratteristiche organizzative</b></p>	<p>In base alla Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 270/2000, si definisce Alloggio con servizi una soluzione abitativa autonoma, non soggetta ad autorizzazione al funzionamento, dotata di servizi e dei necessari requisiti di accessibilità, fruibilità e sicurezza a cui possono accedere anziani singoli o in coppia. Gli alloggi con servizi mirano ad assicurare risposte flessibili e differenziate in relazione ai bisogni espressi della popolazione cui si rivolge, quindi si tratta di una specifica e particolare risorsa della rete dei servizi, collocata in prossimità di offerte di servizi per la cura e l'assistenza in caso di bisogno.</p> <p>Gli Alloggi sono dotati di sistemi di protezione e tutela per tutto l'arco delle 24 ore e della settimana (es portierato, servizi alla persona, ecc.). Agli assegnatari viene garantita continuità assistenziale attraverso interventi assistenziali e sanitari domiciliari definiti sulla base dei bisogni in un progetto individualizzato.</p> <p>Vengono altresì assicurati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pulizie, manutenzione ordinaria degli spazi comuni</li> <li>- coordinamento tecnico gestionale</li> <li>- assistenza di base secondo le indicazioni del progetto individualizzato</li> <li>- attività di socializzazione.</li> </ul> <p>L'Azienda USL assicura la fornitura di servizi sanitari riconducibili per tipologia a quelli già oggi assicurati ai cittadini assistiti al domicilio. In considerazione del fatto che questi servizi non possono essere assimilati totalmente alla tipologia del servizio domiciliare, devono essere garantiti accessi infermieristici modulati in base alle esigenze organizzative logistiche e assistenziali derivanti dai singoli nuclei di anziani individuati, finalizzati in particolare ad assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- profili di nursing di media complessità che saranno oggetto di specifica definizione e regolamentazione, e ogni intervento infermieristico previsto dal Piano Assistenziale Individualizzato, comprensivo della somministrazione di terapie e di interventi anche di semplice effettuazione;</li> <li>- consulenza agli operatori di base sugli aspetti igienico sanitari.</li> </ul> <p>Gli Alloggi con Servizi per anziani del Comune di Parma sono attualmente 97 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "XXV Aprile": Via Taro 27 – n. 62 alloggi</li> <li>- "Pontirol Battisti": via Pontirol Battisti – n. 15 alloggi</li> <li>- "Cittadella": Via Caduti e Dispersi di Russia- n. 7 alloggi</li> <li>- "Via Olivieri": Via Olivieri 2/4 – n. 10 alloggi</li> <li>- "San Leonardo": Via Milano 36 – n.3 alloggi</li> </ul> <p>I monolocali sono 33, i bilocali sono 61 e 3 i trilocali.</p> <p>Sono in fase di realizzazione altri 12 Alloggi con servizi.</p>
---	---

## 2.6 Case Protette

<b><i>A chi si rivolge</i></b>	La casa protetta è una struttura socio-sanitaria residenziale che accoglie, temporaneamente o a tempo prolungato, anziani ( o adulti con patologie assimilabili a quelle geriatriche) non autosufficienti di grado medio o elevato che non necessitano di prestazioni ospedaliere, ma non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio. Di norma la Casa Protetta ospita anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di diversa intensità (disturbi comportamentali, elevati bisogni sanitari correlati ad elevati bisogni assistenziali, disabilità severe e moderate).
<b><i>Modalità d'accesso</i></b>	<p>La Casa Protetta costituisce una risorsa attivata sulla base degli obiettivi individuati dal Piano Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso e dall'Unità di Valutazione Geriatrica e concordato con l'anziano e la sua famiglia.</p> <p>L'anziano e i suoi familiari partecipano alla copertura del costo del servizio in regolamenti comunali.</p>
<b><i>Servizi</i></b>	<p>La casa protetta offre assistenza socio-sanitaria continuativa, diurna e notturna, e garantisce i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- servizio alberghiero (vitto, alloggio, biancheria, lavanderia)</li> <li>- servizio socio-assistenziale (assistenza tutelare, igiene e cura della persona)</li> <li>- prestazioni sanitarie (assistenza medica di base, farmaceutica, riabilitativa)</li> <li>- attività ricreative</li> <li>- attività riabilitative (mobilizzazione e stimolazione delle abilità residue)</li> </ul>

<b>Caratteristiche organizzative</b>	I posti di Casa Protetta, convenzionati con l'Azienda USL nel 2006, presenti sul territorio del Distretto sono presso le seguenti strutture:		
	IRAIA	Parma	<b>332</b>
	Emmaus (Ville S Bernardo e Ilario)	Parma	<b>122</b>
	Casa di Padre Lino	Parma	<b>27</b>
	C.S. Sidoli	Parma	<b>65</b>
	C.S. S. Mauro Abate	Colorno	<b>65</b>
	Casa Anziani	Sorbolo	<b>10</b>
<p>La lista d'attesa per il Comune di Parma è mediamente di 90 persone in elenco priorità e di altre 300 in elenco generale. L'elenco priorità è il risultato di una valutazione effettuata dall'UVG, per cui vengono individuati i casi che, per gravissimi motivi sociali e sanitari, hanno precedenza assoluta per l'ingresso in struttura protetta o in RSA tra tutti i cittadini che hanno richiesto l'ingresso in Casa Protetta e per i quali la struttura protetta rappresenterebbe una risposta idonea ad una condizione di oggettivo bisogno.</p> <p>Nella Casa Protetta di Colorno vi è una lista di attesa interna di anziani per passare dal posto autorizzato al posto convenzionato, in quanto i posti autorizzati sono 81 mentre quelli convenzionati sono 65..</p>			

Gli oneri a rilievo sanitario per gli anziani ospiti di strutture residenziali non autosufficienti sono definiti dalla D.G.R. 1378/99, art. 4, comma 3, e successive modifiche ed integrazioni, correlati alla intensità necessaria ad assicurare idonee risposte assistenziali.

In base alla classificazione degli ospiti di ogni struttura, l'A.U.S.L. determina l'onere a rilievo sanitario medio di struttura mediante media ponderata e concorda con l'Ente gestore il livello minimo di servizi che lo stesso si impegna ad erogare.

L'autorizzazione all'inserimento avviene previa autorizzazione del Comune di residenza qualora lo stesso intervenga con l'accollo totale o parziale dei relativi oneri.

La proposta di convenzione deve essere presentata dall'Azienda USL al Comitato dell'Accordo di Programma entro il mese di Settembre dell'anno precedente in modo da permettere agli Enti di predisporre i propri bilanci.

#### Rette case protette ANNO 2006

Denominazione struttura	Retta totale	Posti convenzionati al 01/01/06	Onere a rilievo sanitario 2006	Retta a carico ospite 2006
IRAIA	€ 83,68	332	€ 32,43	€ 51,25
EMMAUS	€ 81,23	122	€ 31,98	€ 49,25
PADRE LINO	€ 80,88	27	€ 29,27	€ 51,61
SIDOLI	€ 76,29	65	€ 30,41	€ 45,88
S. MAURO ABATE	€ 85,07	65	€ 32,37	€ 52,70
Casa Anziani Sorb.	€ 81,19	10	€ 28,44	€ 52,75

**2.7. R.S.A.**

<b><i>A chi si rivolge</i></b>	La Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura socio-sanitaria residenziale che accoglie, temporaneamente o a tempo prolungato, anziani (o adulti con patologie assimilabili a quelle geriatriche) non autosufficienti con gravi problematiche assistenziali e che, pur non avendo bisogno di prestazioni ospedaliere specifiche, necessitano di interventi assistenziali ed infermieristici in maniera continuativa
<b><i>Modalità d'accesso</i></b>	La Residenza Sanitaria Assistenziale costituisce una risorsa attivata sulla base degli obiettivi individuati dal Piano Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso e dall'Unità di Valutazione Geriatrica e concordato con l'anziano e la sua famiglia.  L'anziano e i suoi familiari partecipano alla copertura del costo del servizio in base alla situazione reddituale, così come previsto dal "Regolamento di ammissione in strutture protette per anziani del Comune di Parma". In caso di accoglienza temporanea per i primi 30 giorni è richiesta una quota pari al costo del solo servizio alberghiero.
<b><i>Servizi</i></b>	La Residenza Sanitaria Assistenziale offre assistenza socio-sanitaria continuativa, diurna e notturna; essa garantisce - oltre ai servizi di una normale struttura protetta (servizio alberghiero, servizio socio-assistenziale, attività ricreative, attività riabilitative) - più elevati livelli di assistenza sanitaria, attraverso la presenza costante di personale infermieristico e maggiore presenza di personale medico e di fisioterapisti.
<b><i>Caratteristiche organizzative</i></b>	I posti di RSA, convenzionati con il Comune di Parma, sono 66 (di cui 6 temporanei a totale carico dell'A.USL) presso gli IRAIA.

**Retta RSA ANNO 2006**

Denominazione struttura	Retta totale	Posti convenzionati al 01/01/06	Onere a rilievo sanitario 2006	Retta a carico ospite 2006
IRAIA	€ 89,50	60	€ 35,95	€ 53,55

L'utilizzo della R.S.A. in questi anni ha rispettato i criteri previsti dagli orientamenti regionali che prevedono un dieci per cento dei posti riservati a ricoveri temporanei che di norma non dovrebbero superare un mese.

L'U.V.G. distrettuale, come indicato dalla L.R. 5/1994 art. 24 comma 6, dispone nei 6 posti previsti temporanei il ricovero previa elaborazione di un progetto assistenziale individualizzato con onere a totale carico del fondo Sanitario Regionale per un periodo massimo di un mese.



### ***3. Accesso alla rete dei servizi socio- sanitari***

Per l'accesso alla rete degli interventi e dei servizi socio-sanitari integrati per le persone anziane e gli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, risulta indispensabile identificare nel Servizio Assistenza Anziani lo strumento di governo unificato in modo particolare per quanto riguarda gli assegni di cura, le dimissioni difficili, le RSA e successivamente le Case Protette.

Il Servizio Assistenza Anziani adotta procedure formalizzate e rese pubbliche per quanto riguarda l'accesso alla rete dei servizi e degli interventi, conformi alle seguenti linee di indirizzo regionale:

- a) favorire il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita, utilizzando a tal fine ogni risorsa disponibile capace di soddisfare il bisogno e di promuovere un maggiore benessere;
- b) fissare criteri di priorità sulla base di:
  - intensità del bisogno di cura ed assistenza dell'anziano;
  - capacità di cura e risorse a disposizione del nucleo familiare e, per quanto riguarda le strutture residenziali, assoluta impossibilità a garantire all'anziano a domicilio la cura e l'assistenza necessaria;
- c) definire criteri di indirizzo dell'attività dell'U.V.G. per quanto riguarda la pertinenza dell'accesso alle singole tipologie dei servizi e degli interventi in considerazione:
  - dell'articolazione della rete territoriale,
  - dei livelli e dei carichi delle singole strutture,
  - dell'indispensabile equilibrio tra livelli assistenziali garantiti e carichi assistenziali derivanti dal case-mix;
- d) garantire il rispetto della tutela della privacy;
- e) adottare procedure che tengano conto adeguatamente, nei limiti delle opportunità offerte dalla rete, delle preferenze e delle proposte avanzate dall'anziano e/o dai suoi familiari;
- f) valutare attentamente il contesto territoriale in relazione a:
  - offerta dei servizi;
  - compatibilità delle proposte di inserimento con i livelli assistenziali garantiti da ciascuna struttura/servizio/intervento.

Alla rete dei servizi e degli interventi convenzionati accedono di diritto i soggetti aventi titolo residenti nel Distretto Parma. Per quanto riguarda i cittadini non residenti nel Distretto di Parma si richiama la normativa vigente (L. n. 328/2000 Art. 6 comma 4 e L.R. 2/2003 Art. 4 commi 2, 3 e 4)

#### ***3.1 Attivazione di interventi in forma congiunta***

L'elaborazione di progetti a favore di anziani non autosufficienti o di adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, che presentano problematiche afferenti a più servizi (S.S.M.) deve essere affrontata, valutata e gestita congiuntamente fra i servizi interessati. I progetti devono infatti prevedere piani attuati attraverso il concorso di tutte le componenti.



#### **4. Criteri della programmazione e obiettivi prioritari**

La legge quadro 328/2000 pone i soggetti ed i propri personali progetti di vita al centro della società e dell'organizzazione dei servizi.

Tali principi hanno caratterizzato la stesura dei Piani di Zona degli anni 2005-2007. Attraverso la definizione degli obiettivi e delle azioni necessarie al loro raggiungimento si è voluto adeguare e qualificare l'organizzazione del territorio e dei servizi alle reali e mutate esigenze della popolazione anziana residente puntando soprattutto ad una logica di prevenzione del bisogno. Si è quindi cercato di superare il carattere assistenzialistico e riparativo degli interventi sociali puntando sui principi di prevenzione, di accompagnamento e di tutela attraverso la rete complessiva dei servizi. La dimensione in cui ciò deve essere realizzato è costituita dal contesto di vita delle persone in modo che ogni servizio possa caratterizzarsi sempre più come supporto alla vita quotidiana.

I Comuni di Parma, Colorno, Mezzani, Sorbolo e Torrile, l'Azienda Unità Sanitaria Locale - Distretto di Parma, l'Azienda Ospedaliera di Parma, gli Istituti Riuniti di Assistenza per Inabili ed Anziani e l'IPAB S. Mauro Abate, convengono di applicare tali principi anche agli obiettivi del presente Accordo di Programma al fine di garantire la tutela dei diritti di cittadinanza e di cura della popolazione anziana e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche. Tali principi sono altresì in linea con le motivazioni che stanno alla base della costituzione e del successivo utilizzo del FRNA e della trasformazione delle II.PP.A.B in ASP.

Alla luce delle precedenti considerazioni l'Accordo di Programma recepisce gli obiettivi del Piano di Zona del triennio 2005-2007, finalizzati al benessere dell'anziano e della sua famiglia e compatibili con le risorse messe a disposizione dagli enti sottoscrittori del presente accordo:

##### **4.1 Obiettivi prioritari**

**a) Potenziare e qualificare la domiciliarità, anche attraverso forme di intervento differenziate, che considerino:**

###### **1. il lavoro di cura**

- Utilizzare l'assegno di cura sviluppandolo in un quadro regolatorio recentemente definito d'intesa tra l'AUSL e i Comuni del Distretto, come sostegno alle famiglie che mantengono nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente o l'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile, evitando o posticipando in tal modo il ricovero nei servizi socio-sanitari residenziali.

- Qualificare il lavoro di cura al domicilio delle assistenti familiari per quanto riguarda sia gli aspetti assistenziali sia quelli sanitari, con la realizzazione di progetti specifici anche innovativi da sviluppare nel corso del triennio.

- Sostenere l'anziano e famiglia nella loro scelta di avvalersi dell'assistente familiare per curare e rispondere alla non autosufficienza, assicurando sostegno economico, psicologico, assistenziale e sanitario, anche con l'impiego di misure innovative e calibrate anche individualmente.

- Favorire l'emersione del lavoro irregolare e facilitare (es. economicamente; con consulenze sui contratti di lavoro e sulla loro gestione) le famiglie nella regolarizzazione, anche attraverso la sperimentazione di buone pratiche innovative da condividere tra lo Sportello Socio-Sanitario e il Centro per l'impiego.

- Favorire processi di inclusione sociale da parte di assistenti familiari, straniere considerando la necessità di facilitare trasversalmente il permanere anche di relazioni con le proprie distinte generazioni.

###### **2. una tutela leggera a contrasto della solitudine**

- Favorire una maggiore partecipazione attiva di anziani autosufficienti a momenti aggregativi e di tipo culturale sul territorio, promuovendo più ampie opportunità.

- Favorire il coinvolgimento di un più alto numero di anziani autosufficienti e con parziale riduzione di autonomie (es motorie o sensoriali) ad attività di aggregazione e di socializzazione al fine di prevenire/contrastare rischi di isolamento e solitudine, anche sperimentando iniziative innovative.
- Consolidare progettualmente e sviluppare più ampliamenti nell'ambito del Distretto spazi ed attività per l'incontro e la socializzazione per anziani con gradi di non autosufficienza lieve, in cui possano essere assicurati altresì tutela ed interventi a carattere assistenziale.
- Creare condizioni di tutela e sicurezza per anziani fragili, anche attraverso azioni di prevenzione, monitoraggio e verifica da parte sia dei servizi sociali che di quelli sanitari.
- Garantire un elevato livello qualitativo del servizio, personalizzando il trasporto e l'accompagnamento offerto alle persone anziane, nel quadro di stabilizzazione dell'attività, e nell'ambito di riscontri specifici, anche a seguito di iniziative di monitoraggio.
- Promuovere azioni formative a sostegno delle persone impegnate nel servizio.
- Garantire e sviluppare la qualità degli interventi del Volontariato attraverso una partecipazione attiva alla co-progettazione dei servizi e alla loro integrazione all'interno della rete, anche responsabilizzando verso l'azione valutativa.

**3. una ulteriore qualificazione dell'assistenza domiciliare, anche nel quadro sociosanitario (ADI), definendo entro il periodo di validità del presente Accordo, protocolli operativi con A.USL e Ospedale e realizzando la loro sperimentazione specifica per un periodo significativo, anche differenziando le opzioni per tipologia di intervento.**

- Consolidare il Servizio Assistenza Anziani
- Sperimentare specifici protocolli e procedure relative all'utilizzo delle risorse delle rete al fine di assicurare in modo più idoneo la continuità assistenziale e la messa in rete dei servizi stessi;
- Migliorare l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali, sperimentando per periodi significativi, anche differenziati per modello, specifici protocolli operativi, dando priorità alle funzioni domiciliari a supporto delle condizioni più caratterizzate sul piano specialistico
- Necessità di verificare la rispondenza tra bisogni e offerta del servizio di assistenza domiciliare nei Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrice, attivando una modalità più flessibile.
- Mantenimento del servizio di assistenza domiciliare per il Comune di Parma, ai livelli di positiva sperimentazione realizzati con il sistema di accreditamento, per l'intero triennio, con attenzioni specifiche alle condizioni di maggior fragilità (es. i soli).
- Assicurare maggiore continuità ed integrazione tra interventi socio-assistenziali ed interventi sanitari (es. infermieristici, specialistici,...) all'interno di progetti assistenziali individualizzati condivisi, al fine di sostenere con maggiore efficacia, anche dal punto di vista del contenimento dello stress, la famiglia impegnata nel compito di cura di un anziano non autosufficiente.
- Assicurare all'anziano non autosufficiente interventi qualificati ed integrati per rispondere alla complessità dei bisogni socio-sanitari al domicilio.
- Proporre alla famiglia un'organizzazione dei servizi socio-sanitari che assicurino la massima sicurezza e tranquillità (accessi programmati e coordinati) nell'assistenza al domicilio dell'anziano
- Rinforzare la capacità di elaborare ed implementare PAI condivisi tra operatori del sociale ed operatori del sanitario.
- Mantenimento o raggiungimento di un'ampia articolazione dell'assistenza domiciliare sia sulla giornata sia nella settimana, al fine di favorire l'individuazione e la realizzazione di progetti personalizzati per ogni anziano, coordinati con il sanitario.
- Consolidare percorsi a sostegno della domiciliarità per anziani soli, avvalendosi anche del supporto della comunità.
- Migliorare l'efficacia del percorso dimissioni difficili e l'efficienza dell'apporto delle figure professionali coinvolte.
- Attivare i Medici di Base nel percorso dimissioni difficili.
- Estendere il percorso di dimissioni difficili anche a strutture sanitarie extra regionali e/o private.
- Consolidare il quadro degli interventi multiprofessionali attivando uno specifico intervento formativo nell'ambito del triennio

**b) Rivisitare la rete dei servizi valorizzando le unità di offerta più innovative (es alloggi con servizi, a casa sicuri, ecc)**

- Consolidare ed incrementare nel territorio la sperimentazione della gestione di alloggi con servizi, definendo una nuova forma di regolamentazione adatta a sostenere gli obiettivi di tutela ed assistenza coinvolti, anche individuando nuovi livelli di priorità, di natura sociale, da associare nel dare riscontro alla domanda di aiuto, che con appropriatezza può essere opportunamente accolta in questo ambito.
- Attivare nuovi supporti individualizzati a sostegno della permanenza di anziani e disabili, anche con l'intervento di supporti tecnologici innovativi e con il concorso e la collaborazione di altri Partner istituzionali e non.

**c) Rivisitare e potenziare le politiche rivolte alla demenza**

- Assicurare maggiori informazioni e consulenze alla famiglia e ai caregivers di persone affette da demenza, affinché possano affrontare nel modo più adeguato possibile le implicazioni della malattia per chi ne è colpito e per chi è coinvolto nel compito di cura.
- Assicurare maggiore integrazione tra i socio-assistenziali ed i servizi sanitari, al fine di favorire la permanenza al domicilio di persone affette da demenza in condizioni di maggior benessere possibile per sé, per le famiglie e per i caregivers.
- Diversificare ulteriormente le opportunità presenti sul territorio, con attenzione particolare all'età adulta e alle prime fasi della malattia in cui occorrono contesti di vita "normali", ma nello stesso tempo tutelanti, stimolanti e favorenti occasioni di socializzazioni.
- Sensibilizzare e coinvolgere maggiormente la comunità ed il volontariato nella diversificazione dell'offerta soprattutto nelle fasi iniziali della malattia.
- Promuovere un'accoglienza mirata anche in contesti ospedalieri, al fine di favorire una degenza adeguata per la persona demente e per gli altri pazienti
- Qualificare ulteriormente i servizi della rete, tramite azioni formative mirate sul campo e consulenze specifiche sui singoli casi, al fine di migliorare la capacità di accoglienza soprattutto in fasi iniziali della malattia e in fasi caratterizzate da gravi disturbi comportamentali e tramite la condivisione di esperienze specializzate già in atto.

**d) Promuovere la trasformazione delle II.PP.A.B. valorizzando l'intervento anche rispetto alla domanda di servizi.**

- Necessità di ricreare i posti residenziali di accoglienze temporanee a valenza socioassistenziale di riferimento per i Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrice e adeguare il numero dei posti per il Comune di Parma nel periodo estivo nel territorio cittadino.
- Potenziare i posti residenziali per accoglienze temporanee riabilitative o legate a problematiche sanitarie
- Migliorare la qualità dell'accoglienza temporanea presso i servizi residenziali anche attraverso azioni formative mirate.
- Necessità di aumentare nel territorio cittadino il numero dei posti residenziali di casa protetta per accoglienza a tempo prolungato per gli anziani residenti a Parma.
- Migliorare la funzione riabilitativa e di riattivazione dei posti residenziali delle diverse tipologie di servizio, considerando il target di anziani accolti, i loro bisogni ed il personale presente.
- Definire a quali bisogni possono e devono rispondere i servizi residenziali, al fine di assicurare risposte assistenziali adeguate ai progetti personalizzati definiti, inserendo solo persone in carico al servizio adulti o al servizio psichiatrico per le quali si è provveduto ad elaborare un progetto assistenziale individualizzato attraverso una valutazione non esclusivamente da parte dell'UVG ma con il contributo di specialisti (es psichiatra), che devono sostenerne la presa in carico anche durante la permanenza nel servizio.
- Migliorare la presa in carico dell'anziano nel servizio residenziale e la definizione tempestiva e personalizzata del progetto di cura, garantendo il massimo della continuità possibile all'interno di un piano assistenziale che deve rispondere anche ai nuovi bisogni che hanno determinato la necessità di un contesto di tutela residenziale.

Per il raggiungimento degli obiettivi triennali 2005-2007 sono previsti, nel Piano Attuativo integrativo 2006, i seguenti progetti (vedi allegato 2):

- Sviluppo del servizio assistenza anziani
- Servizi residenziali a sostegno della domiciliarità per chi è curato e per chi cura
- Trasporto solidale degli anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti
- Qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari e sostegno alle famiglie
- Assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata e nodo
- Dimissioni difficili
- Qualificazione dei servizi residenziali
- Interventi a sostegno di coloro che soffrono di demenza, per i loro familiari e per chi li cura
- Tutela dell'anziano in situazioni di fragilità e di isolamento
- Assegno sociale: progetto sociale sperimentale rivolto ad anziani ed adulti affetti da forme certificate di demenza assistiti al domicilio da assistenti familiari private regolarmente assunte
- A casa sicuri: il nuovo servizio di protezione sociale
- Snoezelen room: accoglienza di persone affette da demenza in contesti ospedalieri
- Nell'ambito del programma finalizzato "*assegno di cura per anziani e disabili*" Assegno di cura



## **PARTE PRIMA – FINALITÀ, OBIETTIVI, DESTINATARI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA**

### **Articolo 1**

#### ***Finalità dell'Accordo di programma***

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

L'Accordo si colloca all'interno di un arco temporale caratterizzato da significativi sviluppi della Programmazione di Zona e del percorso istituzionale e programmatico a valere per la realizzazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Le sue finalità pertanto si arricchiscono di nuove dimensioni attuative, all'interno di un momento istituzionale che la Regione sta caratterizzando anche sul piano legislativo-programmatico.

La sua capacità di assicurare una adeguata attuazione deve realizzarsi nell'arco temporale di validità con un processo ampio di definizione di assetti, di sviluppo dei servizi, di acquisizione di opportunità.

La nuova dimensione programmatica che punta a sviluppare interventi a favore del benessere sociale e della salute, richiederà un aggiornamento degli indirizzi e delle finalità, nel quadro di ulteriori processi di qualificazione socio-sanitaria e di sostegno e tutela a favore delle persone anziane, adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche e delle loro famiglie, che restano, quando presenti, il fulcro per il sostegno della condizione esistenziale dei beneficiari degli interventi che si riferiscono alla presente intesa e il primo collaboratore fondamentale per le politiche assistenziali dei servizi e delle Istituzioni.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) rappresenta e resta la forma necessaria per ogni intervento assistenziale erogabile nella rete dei servizi.

### **Articolo 2**

#### ***Obiettivi generali dell'Accordo di programma***

L'Accordo di Programma si pone i seguenti obiettivi principali, attraverso l'esercizio comune delle funzioni la cui titolarità rimane in capo ad ogni singola Amministrazione:

- conferma del Servizio Assistenza Anziani, in continuità con il precedente Accordo di programma, secondo gli articoli 15 e 16 della L. R. 5/94 e la D.G.R. 1379 del 26/07/1999: definizione delle risorse da destinare alle attività del S.A.A. e criteri di ripartizione delle stesse;
- conferma delle U.V.G., di cui all'articolo 17 della L. R. 5/94 e del D.G.R. 1379/99, con valorizzazione dell'aspetto valutativo finalizzato a massimizzare la coerenza tra domanda e risposta assistenziale e con una maggior funzione di supporto e qualificazione della rete dei Servizi;
- sostiene ed incrementa una rete di servizi e di interventi tra loro coordinati di natura sanitaria e sociale, in risposta alla globalità dei bisogni della persona anziana e alle finalità indicate in premessa;
- consolida l'assistenza domiciliare integrata di cui all'articolo 21 della L. R. 5/94;

- definisce gli obiettivi, i programmi di medio periodo, i tempi e gli strumenti di verifica per realizzare la progressiva estensione nel territorio di un sistema integrato di gestione della valutazione della domanda e dell'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati;
- definisce gli strumenti e i tempi di verifica degli obiettivi;
- definisce gli interventi mirati al consolidamento e alla qualificazione della rete dei servizi socio-sanitari integrati.

### ***Articolo 3***

#### ***Area dei servizi interessati all'Accordo di programma***

Il presente accordo coinvolge i seguenti servizi ed interventi per gli anziani:

- assistenza domiciliare
- assistenza domiciliare sanitaria integrata
- assegno di cura
- centri diurni
- alloggi con servizi
- case protette ed R.S.A. convenzionate secondo le direttive regionali all'interno delle quali sono garantiti i seguenti servizi:
  - assistenza medica di base;
  - assistenza protesica;
  - assistenza specialistica;
  - assistenza infermieristica
  - assistenza farmaceutica;
  - trasporti sanitari;
  - assistenza riabilitativa.

### ***Articolo 4***

#### ***I destinatari dell'Accordo di Programma***

I destinatari delle prestazioni socio- sanitarie sono gli anziani e gli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche residenti e domiciliati nel territorio del Distretto che, sulla base di un piano assistenziale individualizzato (P.A.I.), sono assistiti a domicilio o nei presidi della rete dei servizi socio - sanitari.

### ***Articolo 5***

#### ***Comitato di Verifica dell'Accordo di Programma***

1. Gli Enti sottoscrittori del presente Accordo di Programma costituiscono, ai sensi dell'art. 34 del D.L. 18/08/00 n° 267 , il Comitato di Verifica dell'Accordo di Programma.
2. Esso è composto da:
  - I Sindaci dei Comuni del distretto o loro delegati;
  - Il Presidente degli IRAIA o suo delegato fino al momento dell'avvenuta trasformazione in ASP;
  - Il Presidente del Centro Servizi S. Mauro Abate o suo delegato
  - Il Direttore del Distretto AUSL o suo delegato.
  - Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera o suo delegato.
3. Il Comitato di verifica dell'Accordo di programma è presieduto dal Sindaco del Comune capo di Distretto o suo delegato. Si riunisce presso la sede del Comune di Parma.
4. Il Comitato è convocato dal Presidente almeno due volte l'anno per l'approvazione dei piani di lavoro annuali e pluriennali del S.A.A., per la verifica del lavoro svolto, per la valutazione e

l'approvazione del budget annuale del S.A.A. e degli investimenti richiesti dal rafforzamento della rete dei servizi.

5. Il Comitato è inoltre convocato dal suo Presidente ogniqualvolta ve ne sia la necessità.
6. Nella prima seduta del Comitato verranno concordate le modalità di funzionamento dello stesso.
7. I componenti del Comitato relazionano periodicamente agli organi degli Enti di appartenenza sui programmi e sui risultati dell'Accordo di Programma.
8. Alle riunioni del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, il Responsabile del S.A.A., il Responsabile del Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale oltre ad un rappresentante dell'AUSL (Direttore Generale o suo delegato)
9. Il Comitato di verifica dell'Accordo di Programma potrà avvalersi di gruppi tecnici professionali e interistituzionali appositamente costituiti con il coordinamento del SAA.

In modo particolare si decide di attivare in modo stabile i seguenti gruppi di lavoro

- **LA RETE** -  
Coordina Responsabile S.O. Anziani del Comune di Parma
- **FORMAZIONE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**  
Coordina Responsabile SAA
- **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**  
Coordina Referente AUSL
- **LE DIMISSIONI DIFFICILI**  
Coordina Referente Azienda Ospedaliera

#### **Articolo 6**

#### ***Funzioni del Comitato di Verifica dell'Accordo di Programma***

Le funzioni del Comitato di Verifica dell'Accordo di programma sono di:

- a. indirizzo, programmazione e controllo, nonché di vigilanza sull'esecuzione dell'Accordo di programma;
- b. gestione dell'Accordo di programma, tramite gli uffici preposti
- c. governo del S.A.A. sul piano politico/strategico;
- d. sviluppo delle logiche di lavoro "in rete" dei servizi gestiti dagli Enti sottoscrittori dell'Accordo;
- e. definizione delle risorse necessarie per l'attuazione degli interventi ritenuti indispensabili identificando in dettaglio gli oneri a carico di ciascun soggetto aderente all'Accordo ai sensi delle D.R. 1377/99, 1378/99, 1379/99, Determinazione del Direttore Generale Politiche Sociali 7108/99;
- f. definizione delle modalità operative e della struttura dei S.A.A. centrali e periferici;
- g. definizione delle linee guida per i protocolli di intesa con gli Enti gestori di Presidi socio - sanitari e servizi che garantiscano:
  - livelli di qualità e di continuità assistenziali così come definiti dalla D.G.R. n. 1378/1999 ;
  - flessibilità nei servizi offerti
  - capacità di differenziare l'offerta in relazione ai bisogni degli anziani
  - migliore integrazione tra attività sanitarie e socio - assistenziali;
  - uniformità nel medio tempo delle rette di accesso per le case protette;
- h. definizione di linee guida che il S.A.A. distrettuale dovrà utilizzare per l'accesso ai servizi della rete in collaborazione con i servizi anziani dei comuni del Distretto
- i. promuovere tramite il SAA un programma distrettuale per la formazione in ambito socio-sanitario.

## PARTE SECONDA - SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI

### *Articolo 7*

#### *Definizione Servizio Assistenza anziani*

1. Il Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.) del Distretto è l'organismo tecnico-operativo dell'Accordo di programma che, in diretto riferimento al Comitato dell'Accordo di Programma per il tramite del Presidente, ha la responsabilità di garantire il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociali a favore delle persone anziane e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.
2. Il S.A.A. si articola su due livelli:
  - uno centralizzato, distrettuale, dove si realizza la programmazione e il coordinamento tra i diversi servizi;
  - uno decentrato, più propriamente operativo, in cui si realizza l'attività diretta di contatto con l'utenza per tutti i punti di offerta dei servizi sociali e sanitari.
3. Al S.A.A. viene riconosciuto il compito di promuovere e stimolare la realizzazione dei programmi concordati e, in caso di inadempienze o ritardi, di sollecitare l'intervento dei responsabili degli Enti e/o del Comitato dell'Accordo.
4. Il funzionamento del S.A.A. è assicurato dalle risorse economiche e dal personale messo a disposizione dai sottoscrittori dell'Accordo di Programma che verranno dettagliati nel corso della prima riunione del Comitato dell'Accordo di Programma.
5. Le sedi distrettuali del S.A.A. vengono individuate in locali siti presso il Comune di Parma B.go degli Studi, 4, e presso i locali siti presso l'Azienda USL - Polo Sanitario di Colomo.

### *Articolo 8*

#### *Finalità del Servizio Assistenza Anziani*

Le principali finalità del S.A.A., ai sensi della L.R. 2/03 e della D.G.R. 1379/99, sono:

- a. concorrere alla programmazione socio-sanitaria distrettuale all'interno dell'Ufficio di Piano;
- b. contribuire alla definizione e alla realizzazione dei Progetti previsti all'interno dei Piani di Zona;
- c. garantire, tramite l'U.V.G., la valutazione del bisogno della popolazione anziana non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza, al fine di massimizzare la coerenza tra domanda ed offerta di servizi;
- d. garantire il coordinato utilizzo della rete, attraverso la gestione degli accessi tenuto conto delle disponibilità esistenti e delle opzioni del cittadino;
- e. ottimizzare la qualità degli interventi;
- f. realizzare, congiuntamente con il Distretto, il collegamento operativo e le sinergie professionali fra i servizi socio - sanitari integrati, i servizi sanitari del distretto e del/i presidio/i ospedaliero/i di riferimento, al fine di assicurare continuità assistenziale e di cura e appropriatezza tra servizi attivati e bisogni valutati;
- g. monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse;
- h. raccogliere ed elaborare dati informativi sulla domanda, sulle attività dell'U.V.G. e dei servizi della rete;
- i. realizzare programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni;
- j. svolgere attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità ed i criteri di accesso;
- k. promuovere ed organizzare le attività di aggiornamento e di formazione del personale;



- l. promuovere ed organizzare le campagne di informazione ed educazione alla salute rivolta alla popolazione anziana;
- m. interagire con i S.A.A. degli altri Distretti attivi nell'ambito del territorio provinciale al fine di scambiare informazioni e di sviluppare forme di collaborazione sovra distrettuali;
- n. adottare procedure formalizzate e rese pubbliche per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati di cui all'art. 20 della L. R. 5/94 e verificare periodicamente il rispetto dei criteri adottati evidenziando all'organo di governo dell'Accordo di programma problemi e proposte di modifica;
- o. semplificare le procedure d'accesso e di presa in carico e rendere più trasparente e chiara la comunicazione con il Cittadino. Obiettivo strategico del S.A.A. è la semplificazione delle procedure di valutazione e di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari.

### *Articolo 9*

#### *Assetto organizzativo del S.A.A.*

#### **Responsabile SAA**

Il Responsabile del S.A.A. deve garantire una funzione "autonoma" del Servizio, dipendendo esclusivamente dal Comitato di Verifica dell'Accordo di Programma e per l'attuazione e la gestione dal Presidente dello stesso.

Il Responsabile ha funzioni di :

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività del servizio in collaborazione con i Servizi Anziani dei Comuni del Distretto.
- responsabilità delle risorse e delle relazioni del SAA con i servizi della rete del territorio specificatamente assegnati al SAA.

In particolare, qualificandosi come il tramite tra il livello politico amministrativo ed il livello tecnico operativo dei servizi, ha il compito di:

- a. partecipare alla programmazione socio-sanitaria distrettuale all'interno dell'Ufficio di Piano;
- b. concorrere alla definizione e alla realizzazione dei Progetti all'interno dei Piani di Zona;
- c. riferire periodicamente al Comitato di verifica dell'Accordo di programma sull'andamento dei servizi;
- d. tradurre operativamente le linee strategiche generali;
- e. rispondere direttamente del suo operato all'organo di gestione dell'Accordo di programma.

### *Articolo 10*

#### *Organico del Servizio assistenza anziani distrettuale*

1. L'organico del S.A.A. viene definito annualmente dal Comitato di Verifica dell'Accordo di Programma.- Per gli anni 2006 e 2007 l'organico di base assegnato al S.A.A. distrettuale è così composto:
  - a. n. 1 responsabile S.A.A., per un impegno settimanale di 36 ore;
  - b. n. 1 amministrativo per un impegno settimanale di 36 ore.
2. La conferma delle suddette figure viene effettuata durante la seduta di approvazione del presente Accordo da parte del Comitato dell'Accordo di Programma.
3. Gli oneri per le figure individuate per il funzionamento del S.A.A. verranno ripartiti-fra i Comuni del Distretto e l'A.USL in misure analoghe, considerando che la quota dei Comuni sarà individuata in quota capitaria e ponderata sulla popolazione totale.

### *Articolo 11* *Compiti del Servizio Assistenza Anziani distrettuale*

I compiti principali del Servizio Assistenza Anziani distrettuale sono:

- a. garantire la conoscenza della domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente nel Distretto di Parma, al fine di favorirne la messa a punto di linee guida coerenti con le esigenze locali e condivise dai servizi;
- b. definire in modo condiviso percorsi semplici e tempi medi per la valutazione e per la presa in carico;
- c. garantire il coordinato utilizzo della rete, attraverso la gestione degli accessi tenuto conto delle disponibilità esistenti e delle opzioni del cittadino. A tale fine occorre garantire un sistema di accesso alla rete dei servizi per anziani unificato che non è identificabile con un unico luogo fisico, ma è la strutturazione integrata fra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini;
- d. monitorare i tempi di attesa tra attivazione del S.A.A., valutazione ed accesso alle diverse tipologie dei servizi della rete;
- e. coinvolgere i diversi attori del sistema (servizi socio-assistenziali, servizi sociosanitari, servizi sanitari, Medici di Medicina Generale, presidi ospedalieri, ecc.) per adottare strumenti di comunicazione condivisi sia tra loro che con l'anziano e /o la sua famiglia;
- f. disporre, su proposta dell'U.V.G., l'accesso dell'anziano e dell'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche alla rete dei servizi socio-sanitari;
- g. adottare procedure condivise per assicurare la continuità assistenziale e l'accesso della rete dei servizi, su proposta dell'U.V.G.;
- h. attivare i contratti per l'erogazione degli assegni di cura;
- i. attivare programmi di controllo sul funzionamento della rete dei servizi e di verifica della qualità delle prestazioni;
- j. svolgere compiti di collegamento operativo tra i servizi socio-sanitari integrati ed i servizi sanitari al fine di ottenere continuità di assistenza e cura e pertinenza tra servizio attivato e necessità espresse;
- k. svolgere attività di sostegno alle famiglie, mediante l'attivazione di consulenze psicologiche, assistenziali, giuridico-legali, promozione e sostegno gruppi di auto-aiuto, corsi di formazione per familiari che assistono anziani, in particolar modo per quelli affetti da disturbi cognitivi. Quest'attività di sostegno è ritenuta strategica e, come tale, deve diventare uno dei terreni di maggior novità nell'attività del S.A.A. anche in collaborazione con le associazioni;
- l. promuovere ed organizzare le campagne di informazione e di educazione sanitaria rivolte alla popolazione anziana;
- m. promuovere ed organizzare le attività di formazione ed aggiornamento del personale;
- n. promuovere ed organizzare, in collaborazione con gli enti istituzionalmente preposti, le attività di formazione ed aggiornamento del personale della rete dei servizi e dei "caregivers" non professionali;
- o. raccogliere ed elaborare dati informativi sugli anziani per i quali si è attivato un percorso socio assistenziale e/o sanitario sul territorio;
- p. raccogliere ed elaborare dati informativi sui servizi per gli anziani esistenti sul territorio adottando un'unica cartella socio-sanitaria personalizzata dove vengono registrati tutti gli interventi degli operatori. Si intende, cioè, attivare un sistema informativo delle prestazioni anche avvalendosi delle scelte e degli investimenti già effettuati, finalizzato alla valutazione della qualità, dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi della rete;
- q. coordinarsi con il Consultorio per le demenze al fine di assicurare l'attenta valutazione delle problematiche sociali e familiari sia al momento dell'invio per la diagnosi sia nelle fasi successive del percorso di cura;
- r. svolgere attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso ai servizi della rete territoriale, sviluppando i necessari collegamenti con gli Uffici

Relazioni con il Pubblico dei Comuni del distretto, dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera con le Organizzazioni Sindacali, i Patronati, i Comitati Anziani, il Volontariato ed il mondo dell'Associazionismo in generale;

- s. assicurare lo sviluppo organico dei servizi della rete;
- t. assicurare la valutazione della richiesta e della situazione dell'anziano tramite i N.C.P. al fine di avviarlo, secondo il tipo di bisogno, alla rete dei servizi sociali e sanitari e, tramite l'U.V.G., a quella dei servizi integrati socio-sanitari;
- u. promuovere attività di educazione/informazione rivolte a target specifici di popolazione;
- v. adottare programmi specifici al fine di incrementare il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;
- w. attivare programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica sulla qualità degli interventi al fine di sviluppare un'adeguata cultura assistenziale e incrementare il grado di qualificazione degli interventi stessi;
- x. implementare il sistema informativo elaborando i dati sulla domanda, sull'attività dell'U.V.G., sui servizi della rete;
- y. predisporre un rapporto annuale sull'attività del S.A.A.

## ***Articolo 12***

### ***Servizio Assistenza Anziani decentrato***

1. Il Servizio Assistenza Anziani decentrato si avvale del personale e degli assetti organizzativi dei Comuni, che saranno integrati da quelli sanitari previsti dalla normativa vigente.
2. I compiti principali del Servizio Assistenza Anziani decentrato sono:
  - a. accoglienza e valutazione di pertinenza della domanda;
  - b. prima valutazione della richiesta ed individuazione della risposta appropriata in tutte quelle situazioni di esclusiva competenza del Servizio Anziani;
  - c. attivazione del Servizio in tutte le situazioni a bassa complessità sociale e sanitaria;
  - d. segnalazione al S.A.A. centrale, per l'attivazione dell'U.V.G., delle situazioni ad elevata complessità sociali e sanitarie.

## PARTE TERZA - STRUMENTI OPERATIVI

### *Articolo 13*

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

- Le cure primarie rappresentano il sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone (ambulatorio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture semiresidenziali e residenziali).
- Le funzioni di base nell'ambito dell'assistenza primaria sono erogate dai Nuclei delle Cure Primarie, l'articolazione territoriale comprendente aree omogenee in cui risiedono dai 10000 ai 30000 abitanti che garantisce attraverso la prestazione multiprofessionale di MMG, II.PP. Ostetriche e Terapisti della Riabilitazione, nei vari momenti del bisogno, la necessaria integrazione richiesta per garantire tempestività, continuità delle cure, efficacia prestazionale e qualità dei servizi stessi.
- Per ogni ambito territoriale considerato idoneo all'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria si prevede l'attivazione, all'interno dei Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.), di Unità Operative Decentrate (U.O.D.) composte da:
- Medico di Medicina Generale dell'assistito;
  - Infermiera Professionale del Servizio infermieristico domiciliare (S.I.D.).
  - Assistente Sociale Responsabile del Caso;
2. L'U.O.D. è uno strumento di valutazione decentrato che viene integrato, nelle situazioni ad elevata complessità dalla U.V.G., al fine di individuare, secondo il tipo di bisogno ed il relativo P.A.I., la risposta più idonea nell'ambito della rete dei servizi integrati socio-sanitari.
  3. La funzione di responsabilità del caso, a presidio delle rispettive aree di bisogni dell'anziano, che richiedono conoscenza e capacità specifiche, si diversifica a seconda dei diversi livelli di intensità assistenziale, così come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale 8 febbraio 1999, n°124 "criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari"
  4. Nel distretto di Parma sono stati attivati tutti i N.C.P. previsti nel Programma Attività Territoriali: Nucleo S. Leonardo, Cortile S. Martino; Nucleo Pablo, Golese, S. Pancrazio; Nucleo Montanara, Cittadella; Nucleo Lubiana, San Lazzaro; Nucleo Oltretorrente Molinetto; Nucleo Parma Centro; Nucleo Sorbolo - Mezzani; Nucleo Colorno - Torrile.

### *Articolo 14*

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

1. L'Unità di valutazione geriatrica (U.V.G.) è lo strumento tecnico che, ai sensi dell'articolo 17 comma 1 della L.R. 5/94 e della L.R. 124/99, valuta i bisogni socio-sanitari degli anziani non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.
  2. La finalità principale del metodo di valutazione globale è quella di avvicinare la "cura" ai bisogni del singolo anziano ed è orientata alla predisposizione ed attuazione di un programma di assistenza personalizzato. La valutazione globale dev'essere finalizzata a massimizzare la coerenza tra "domanda" e risposta assistenziale.
- L'attività dell'U.V.G. dev'essere individuata dal S.A.A. nei suoi aspetti organizzativi propri in stretto coordinamento con il PAGT anche per ottimizzare la conoscenza delle condizioni professionali ed organizzative dei servizi della rete, delle contingenti possibilità dei servizi è la condizione indispensabile per la formulazione dei piani di assistenza individualizzati "realistici", individuando e negoziando la soluzione migliore possibile in quel momento per il singolo anziano.



### *Articolo 15* *I compiti dell'Unità di valutazione geriatrica*

I principali compiti dell'U.V.G. ai sensi dell'articolo 17 della L.R. 5/94 e della D.R. 1379/99 sono:

- a. fornire il supporto tecnico-funzionale al Responsabile del S.A.A. ed al Comitato al fine di favorire scelte ed azioni razionali ed efficaci rispetto alle condizioni degli anziani ed adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, del distretto;
  - b. predisporre piani assistenziali individualizzati (P.A.I.) con il coinvolgimento della famiglia, del Medico di medicina generale, dell'Assistente sociale responsabile del caso. In relazione alla richiesta, l'U.V.G. può essere integrata da altre competenze medico specialistiche;
  - c. fornire consulenza e supporto ai Medici di Medicina Generale, anche attraverso percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di competenza in materia di valutazione globale;
  - d. formulare protocolli operativi che prevedano la definizione di situazioni in cui il Medico di Base, assieme all'Assistente sociale responsabile del Caso può svolgere un ruolo più attivo;
  - e. proporre al S.A.A. l'accesso dell'anziano e dell'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche alla rete dei servizi socio-sanitari;
  - f. proporre al S.A.A., per le famiglie che mantengono l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto, la concessione dell'assegno di cura;
  - g. provvedere alla eventuale certificazione di non autosufficienza delle persone anziane e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche;
  - h. concorrere a definire un programma di semplificazione della fase di valutazione che consenta:
    - a. tempi brevi tra la richiesta di attivazione e la valutazione;
    - b. continuità sui singoli casi di supporto tecnico senza sospensioni;
    - c. identificazione di criteri selettivi per l'emergenza e percorsi di attivazione rapidi
  - i. raccordarsi con le unità operative ospedaliere per le dimissioni protette degli anziani non autosufficienti secondo i protocolli stabiliti;
  - j. supportare il S.A.A. per l'attivazione e la gestione di programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni, al fine di garantire la produzione di un'offerta assistenziale efficace ed in linea con gli impegni assunti con i cittadini;
  - k. supportare il S.A.A. nella promozione e gestione di campagne di educazione alla salute e di prevenzione rivolte alla popolazione anziana, al fine di mantenere-migliorare le condizioni di benessere dell'anziano;
  - l. supportare il S.A.A. per la programmazione e la realizzazione di programmi di aggiornamento degli operatori dei servizi della rete, al fine di qualificare la cultura ed i comportamenti professionali in senso gerontologico-geriatrico;
  - m. individuare e proporre scale e strumenti di valutazione delle condizioni di non autosufficienza degli anziani e seguirne il loro corretto utilizzo da parte degli operatori della rete;
- Tra i compiti individuati, un particolare riguardo ai punti c)d)h)j)k)l)m) , che devono essere concordati preventivamente e quindi coordinati con il S.A.A., dal PAGT.

2. L'attivazione dell'U.V.G. viene effettuata dal Responsabile del S.A.A. (per i casi segnalati dal Servizio Assistenza Anziani decentrato ed anche dal PAGT e dal DCP).

### **Articolo 16**

#### ***Il dimensionamento dell'Unità di valutazione geriatrica***

1. L'U.V.G., ai sensi dell'articolo 17 della L.R. 5/94, è composta da:
  - a. medici geriatri per complessive 94 ore settimanali
  - b. infermieri professionali per complessive 72 ore settimanali
  - c. assistenti sociali responsabili del caso per il Comune di Parma
  - d.1 assistente sociale per 36 ore dedicate per il territorio dei Comuni di Colorno, Sorbolo, Mezzani, Torrile.
2. Il necessario supporto amministrativo è assicurato dal S.A.A.

### **Articolo 17**

#### ***L'Assistente sociale responsabile del caso***

L'Assistente sociale responsabile del caso, ai sensi dell'articolo 18 della L.R. 5/94, della D.G.R. 1379/99 e della D.G.R. 124/99, accompagna l'anziano o l'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, nonché la sua famiglia, lungo il percorso assistenziale, attivando i ruoli, gli organismi ed i servizi necessari per la valutazione e la gestione del bisogno.

### **Articolo 18**

#### ***Il ruolo dell'Assistente sociale responsabile del caso***

L'Assistente sociale responsabile del caso concorre al perseguimento delle finalità del S.A.A., in particolare per:

- a. monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse;
- b. segnalare le priorità dei programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità degli interventi;
- c. garantire le informazioni sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- d. segnalare i bisogni di aggiornamento del personale, sia delle strutture pubbliche che di quelle private, che indirettamente emergono come prioritari dal costante rapporto con i servizi della rete, con un'attenzione particolare ai bisogni dell'anziano e/o dell'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche e delle famiglie;
- e. garantire la massima coerenza possibile fra il bisogno e l'offerta di servizi all'anziano e all'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche e alla famiglia, attraverso la predisposizione del programma di assistenza, l'accesso ai servizi o l'attivazione degli organismi di valutazione di livello più complesso, la verifica dell'attuazione degli interventi previsti dai Piani Assistenziali Individualizzati, la proposta di rivalutazione da parte dell'U.V.G. ;
- f. favorire una forte integrazione con i ruoli sanitari, in particolare con il Medico di Medicina Generale;
- g. mantenere e sviluppare relazioni professionali e operative con i servizi della rete integrata socio-sanitari e con i servizi sanitari;
- h. assumere la responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria.

### **Articolo 19**

#### ***Il Medico di medicina generale***

Il Medico di Medicina Generale è il responsabile terapeutico dell'assistito e si integra nei N.C.P. e nell'U.O.D. con l'Assistente Sociale responsabile del caso, con l'Infermiera professionale del S.I.D., con l'U.V.G. e con l'Azienda Ospedale.

### **Articolo 20**

#### ***Il ruolo del Medico di medicina generale***

Il ruolo del Medico di medicina generale si attua attraverso:

- l'assunzione della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli assistiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria;
- la partecipazione alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi dal S.A.A.;
- la partecipazione agli incontri con gli Operatori sociali e sanitari attivi nei N.C.P. e componenti dell'U.O.D. al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'anziano, programmare, attuare e verificare i P.A.I.;
- la partecipazione all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari degli anziani;
- assunzione della responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria.

### **Articolo 21**

#### ***L'Infermiera professionale del Servizio infermieristico domiciliare***

L'Infermiera professionale del Servizio infermieristico domiciliare è l'operatore sanitario che responsabile dell'assistenza generale sanitaria e diviene responsabile del caso nei casi di assistenza domiciliare integrata di media intensità sanitaria, come previsto dalla D.G.R. 124/99.

### **Articolo 22**

#### ***Il ruolo dell'Infermiera professionale del Servizio infermieristico domiciliare***

1. Le principali funzioni dell'Infermiera professionale, ai sensi del D.M. 739/94, della L.42/99, della D.G.R. 124/99 e del Codice Deontologico del 12/05/99 sono:
  - a. partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
  - b. identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi;
  - c. pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico;
  - d. garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
  - e. agire sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
  - f. avvalersi, per l'espletamento delle funzioni, dell'opera del personale di supporto;
  - g. assumere la responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare a media intensità sanitaria.

### **Articolo 23**

#### ***Il Responsabile organizzativo dell'assistenza sanitaria domiciliare ( R.O.A.D. )***

Il Responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare assicura l'erogazione delle cure domiciliari sanitarie, persegue la continuità assistenziale e l'integrazione tra professionisti e garantisce la qualità degli interventi sanitari.

### **Articolo 24**

#### ***Il ruolo del Responsabile organizzativo dell'assistenza sanitaria domiciliare***

1. Le principali funzioni del R.O.A.D. ai sensi della D.G.R. 124/99 sono:
  - a. concordare con il Responsabile del Dipartimento delle Cure Primarie e con il Responsabile del Distretto, per le rispettive competenze, le risorse necessarie per le attività assistenziali domiciliari;
  - b. pianificare nei N.C.P. con le U.O.D. ed i responsabili delle Unità operative coinvolte, l'attività in relazione ai bisogni rilevati e le risorse disponibili e predisporre con loro le verifiche della rispondenza dell'attività agli obiettivi prefissati;
  - c. predisporre i percorsi organizzativi con le altre strutture sanitarie sia ospedaliere che territoriali per garantire la realizzazione dell'attività integrata da parte dei diversi operatori;
  - d. garantire l'integrazione tra le unità operative distrettuali, ospedaliere, degli Enti locali ed assicurare l'organizzazione delle cure domiciliari all'interno di percorsi strutturati;
  - e. concorre, in stretta sinergia con il S.A.A., alla attuazione dei P.A.I. facilitando il coinvolgimento di diverse figure professionali per raggiungere livelli adeguati di efficacia, efficienza, utilità degli interventi;
  - f. promuovere momenti formativi rivolti ai componenti dell'U.O.D. nei N.C.P, in accordo con il S.A.A.;



## **PARTE QUARTA - I bisogni e la rete dei servizi socio-sanitari: dalle criticità alle proposte di miglioramento**

### **Articolo 25**

#### **I bisogni**

I bisogni delle persone anziane, in continua evoluzione ed in progressiva crescita, manifestano una sostanziale stabilità su due ambiti prioritari, ovvero la necessità di sostegno alla non autosufficienza, assicurata sia direttamente all'anziano sia alla famiglia e ai caregivers, e quella di tutela nei confronti degli anziani fragili. Le problematiche connesse alle demenze, l'esigenza di favorire e supportare la scelta della domiciliarità dell'anziano con livelli di autonomia e di dipendenza diversificati, adottando sistemi di protezione, tutela, assistenza di intensità via via crescente, con possibilità di personalizzazione e di flessibilità delle risposte, la qualificazione dei servizi residenziali, costituiscono alcune tra le principali tematiche su cui focalizzare ulteriormente l'attenzione per perseguire gli obiettivi di soddisfacimento rispetto ai bisogni delle persone anziane che vivono nel Distretto di Parma. Coerentemente con tali considerazioni i Progetti sviluppati nell'ambito dei Piani di Zona dal Piano Attuativo 2005 sono stati essenziali per consentire il raggiungimento degli obiettivi prioritari nel triennio 2005-2007 ed il Piano Attuativo integrativo 2006 mantiene tali progettualità a sostegno del raggiungimento degli obiettivi stessi. Occorre evidenziare che la maggior parte dei progetti richiede tempi di attuazione di medio-lungo termine. In particolare ci si riferisce proprio alle azioni progettuali relative all'ambito dell'integrazione socio-sanitaria. E' sulle azioni necessarie a supporto di obiettivi di tale ambito che si rilevano ancora spazi di miglioramento.

### **Articolo 26**

#### **Le criticità**

Nello specifico si evidenziano alcune tra le principali criticità rilevate nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria:

#### **SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA': ASSISTENZA DOMICILIARE, ADI, NODO**

Necessità di migliorare la capacità di risposta dell'assistenza domiciliare nei Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrile

Frammentarietà nei progetti individualizzati in riferimento agli aspetti sanitari ed assistenziali

Scarsa integrazione operativa tra gli interventi assistenziali e gli interventi sanitari (es. infermieristici) al domicilio, con conseguente sovraccarico di impegno da parte della famiglia.

#### **SERVIZI RESIDENZIALI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' PER CHI E' CURATO E PER CHI CURA**

➤ Difficoltà a soddisfare il bisogno di accoglienze temporanee nel territorio dei Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrile e per il Comune di Parma nel periodo estivo

➤ Difficoltà a soddisfare in modo tempestivo ed adeguato al bisogno di accoglienze temporanee per interventi sanitari e riabilitativi.

#### **TUTELA DELL'ANZIANO IN SITUAZIONI DI FRAGILITA' E DI ISOLAMENTO**

Isolamento come fattore di rischio per anziani soli, anche se ancora autosufficienti.

Difficoltà ad approcciare e a stabilire relazioni con anziani soli, che hanno ancora discrete autonomie e che si mostrano non interessati ad opportunità di socializzazione o ad avviare nuovi rapporti, anche se offerti dalla comunità locale tramite il volontariato e altri anziani autosufficienti.

Isolamento come elemento che determina maggiore fragilità e rischio sia per motivi legati ad eventi critici personali sia in condizioni di emergenza quali le ondate di calore.

#### QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI RESIDENZIALI

Carenza quantitativa di posti di Casa Protetta per gli anziani residenti nel Comune di Parma per i quali l'UVG ha definito un progetto di residenzialità a tempo prolungato

Necessità di reperire posti di Casa Protetta fuori dal territorio cittadino, distanti rispetto al contesto di vita precedente dell'anziano, con conseguente difficoltà nell'assicurare il mantenimento di rapporti affettivi (familiari, amicali) con la stessa intensità e frequenza

Difficoltà ad assicurare la necessaria funzione di riattivazione e riabilitazione dei posti residenziali di Casa Protetta a fronte di accessi da parte di anziani con compromissioni sempre più gravi e degli attuali parametri di personale riabilitativo previsto dalla normativa

Difficoltà ad assicurare interventi di animazione e socializzazione personalizzate adeguandoli alla nuova tipologia di anziani accolti, sempre più compromessi

Richiesta sempre più rilevante di accoglienza di persone adulte e/o anziani con patologie non esclusivamente di tipo geriatrico ( psichiatrici, alcooldipendenti,ecc.) e conseguente difficoltà delle strutture a rispondere in maniera adeguata ai bisogni specifici

Utilizzo improprio di posti di RSA legato a carenza di posti di Casa Protetta

#### INTERVENTI A FAVORE DI COLORO CHE SOFFRONO DI DEMENZA, PER I LORO FAMILIARI E PER CHI LI CURA

Scarsa connessione tra i diversi servizi socio-sanitari con conseguente difficoltà ad accompagnare tempestivamente ed adeguatamente l'anziano e la sua famiglia nel percorso della malattia. Spesso il bisogno arriva ai servizi sociali quando la malattia è conclamata e la famiglia già stressata.

Necessità di differenziare maggiormente le risposte per adulti affetti da demenza e per i loro familiari.

Difficoltà di un'accoglienza mirata e della permanenza delle persone affette da demenza in ospedale, per loro stessi e per gli altri pazienti.

Conoscenza non ancora adeguata delle opportunità di supporto già esistenti sul territorio.

Risposte non sempre tempestive ed adeguate ad emergenze determinate da "scompensi" comportamentali

Difficoltà a gestire in maniera adeguata all'interno dei servizi della rete persone affette da demenza, per la carenza di percorsi di accoglienza e di gestione specializzati.

#### DIMISSIONI DIFFICILI

Appesantimento del percorso a causa di segnalazioni che non presentano caratteristiche di dimissioni difficili e contestuale carenza di segnalazioni di dimissioni difficili a valenza solo sanitaria

Carenza di informazioni indispensabili per l'attivazione dei medici di base così come previsto nel percorso di dimissioni difficili

Assenza di protocolli con l'Ospedale di Olio Po, a cui afferiscono in particolare gli anziani residenti nel Comune di Colorno e con le Case di Cura private convenzionate presenti nel Comune di Parma

### *Articolo 27*

#### **Le proposte**

Per la definizione di proposte di miglioramento in riferimento alle criticità evidenziate, sono stati precedentemente costituiti in sede di Comitato di Accordo di Programma e su esplicita richiesta espressa dal Tavolo Anziani, quattro gruppi di lavoro interistituzionali. Tali gruppi tecnici hanno operato con il mandato specifico di definire l'adeguamento degli interventi di tutela socio-sanitaria a favore degli anziani, attraverso l'elaborazione di proposte relative alla definizione tecnica di nuovi e più aggiornati modelli di intervento integrati. L'analisi sull'offerta dei servizi della rete socio-

sanitaria e sui bisogni soddisfatti, inevasi, emergenti, ha consentito di assicurare l'elaborazione di una prima serie di proposte, riportate integralmente nell'allegato 3, mirate a superare le criticità rilevate e a produrre esiti maggiormente efficaci. Il lavoro sinora effettuato dai gruppi necessita di continuità al fine di approfondire ulteriormente i temi trattati e di elaborare proposte relative a interventi di qualificazione dei servizi della rete socio sanitaria, riorganizzazioni, utilizzo differenziato delle risorse, procedure e protocolli.

Tali gruppi, al fine di poter ottemperare in modo efficace al proprio mandato, possono, in base alle specifiche necessità che via via emergono, avvalersi autonomamente del contributo di figure specialistiche non solo appartenenti ad Istituzioni pubbliche. I gruppi inoltre devono mantenere un confronto sistematico con il Tavolo Anziani dei Piani di Zona, in modo da condividere i contenuti e perseguire in modo coerente gli stessi obiettivi.

In riferimento al tema delle Dimissioni Difficili il Comitato di verifica dell'Accordo di Programma approva il nuovo percorso elaborato dal gruppo di lavoro (allegato n. 4) con l'indicazione di procedere ad una sua applicazione sperimentale fino al 31/12/07.

Si prevede inoltre di attuare la trasformazione di un nucleo di R.S.A. in C.P. e contestualmente di agire una riorganizzazione funzionale dei rimanenti posti di R.S.A. con la predisposizione di Piani Assistenziali Individualizzati, specifici e dettagliati, la rivalutazione di efficacia nel rispetto della tempistica prevista, cui dovrà seguire, laddove possibile il rientro al domicilio oppure l'istituzionalizzazione.

Una ulteriore azione sarà finalizzata, anche in coerenza con quanto previsto dal piano di trasformazione di I.R.A.I.A. in ASP, all'individuazione di specifiche e più mirate modalità gestionali all'interno di I.R.A.I.A., quale casa protetta con il più elevato numero di ospiti, per l'accoglienza e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi.

## PARTE QUINTA – NORME FINALI

### *Articolo 28*

#### *Oneri*

1. Gli Enti sottoscrittori ripartiranno la spesa per la gestione dei servizi di cui al presente Accordo di programma, applicando pienamente le D.G.R. 1377, 1378 e 1379 dell'anno 1999 in materia di servizi per gli anziani, la D.G.R. 1637/1986 per l'identificazione degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del F.S.N..
2. Per il funzionamento del S.A.A., per gli aspetti generali e comuni, l'Azienda USL e i Comuni del Distretto stabiliscono con lo stesso un *budget* annuale il cui ammontare complessivo, nonché le singole quote di competenza, verranno definite in relazione al programma. Gli oneri per il personale sanitario dell' A.U.S.L. sono a carico della medesima così come previsto dalla L. R. 5/94 art. 15, comma 3.

### *Articolo 29*

#### *Durata dell'Accordo di programma*

Il presente accordo di programma è valido fino al 31.12.2007 e si allinea coerentemente con la durata dei Piani di Zona. Qualora il termine di attuazione della trasformazione delle I.P.A.B. in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona scatti oltre il 31/12/07 automaticamente il presente Accordo sarà prorogato per mesi sei.

### *Articolo 30*

#### *Estensione dell'accordo di programma*

Gli Enti sottoscrittori convengono sull'opportunità di procedere ad effettuare una compiuta informazione e di associare al perseguimento degli obiettivi oggetto del presente Accordo i privati gestori di servizi socio-sanitari convenzionati, le organizzazioni del volontariato, le associazioni degli anziani e/o dei loro familiari, i sindacati dei pensionati e le cooperative sociali.

Parma li 26/10/06

Letto, approvato e sottoscritto

Per il Comune di Parma il Sindaco Elvio Ubaldi

---

Per il Comune di Colorno il Sindaco Stefano Gelati

---

Per il Comune di Mezzani il Sindaco Meuccio Berselli

\_\_\_\_\_

Per il Comune di Sorbolo il Sindaco Franco Picelli

\_\_\_\_\_

Per il Comune di Torrile il Sindaco Gianni Buttarelli

\_\_\_\_\_

Per l'Azienda Usl di Parma il Direttore Generale Maria Lazzarato

\_\_\_\_\_

Per l'Azienda Ospedaliera di Parma il Direttore Sergio Venturi

\_\_\_\_\_

Per gli I.R.A.I.A. di Parma il Presidente Stefano Tosi

\_\_\_\_\_

Per il Centro Servizi S. Mauro Abate di Colorno il Commissario Straordinario Marco Giorgi

\_\_\_\_\_

**Allegato “1”**

**DISTRETTO DI PARMA**

**REGOLAMENTO**

**per la gestione degli**

**ASSEGNI DI CURA**

- Deliberazione di Giunta Regionale 26 Luglio 1999  
n. 1377;
- Deliberazione di Giunta Regionale 20 Dicembre 2004  
n. 2686.



## REGOLAMENTO

### 1) Finalità dell'intervento

L'assegno di cura è finalizzato a sostenere le famiglie che mantengono nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente o l'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile, evitando o posticipando in tal modo il ricovero nei servizi sociosanitari residenziali. L'intervento di contribuzione è erogato, riconoscendo il lavoro di cura della famiglia nei confronti della persona non autosufficiente, per attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e sanitarie garantite dalla famiglia a domicilio.

L'assegno di cura rappresenta una delle opportunità della rete dei servizi prevista dalla L.R. 5/94 ed è concesso, in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali, sulla base della valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso, nonché della disponibilità dell'anziano e della famiglia ad attuare il programma di assistenza personalizzato.

### 2) Destinatari

Sono destinatari dell'intervento di contribuzione le famiglie che nel territorio regionale mantengono l'anziano valutato non autosufficiente nel proprio contesto e che ad esso garantiscono direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare integrata, definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica.

Alle stesse condizioni sono destinatari del contributo economico:

- a) le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal 1° comma dell'art. 13 della L.R. 5/94 accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- b) altri soggetti che con l'anziano mantengono consolidati e verificabili rapporti di cura anche se non legati da vincoli familiari;
- c) l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- d) l'amministratore di sostegno.

L'assegno di cura è concesso anche a più anziani non autosufficienti anagraficamente conviventi nello stesso nucleo familiare.

Per essere destinataria del contributo economico la famiglia e /o gli altri soggetti di cui in precedenza devono essere in rapporto di effettiva convivenza con l'anziano ovvero garantire una presenza a casa dell'anziano in relazione alle sue necessità, così come previsto nel programma assistenziale individualizzato.

Per ragioni di opportunità organizzativa, il progetto assistenziale individualizzato viene predisposto nell'ambito territoriale (Distretto/A.USL) in cui è domiciliato l'anziano.

La concessione e l'erogazione dell'assegno di cura vengono stabilite, sulla base del progetto assistenziale, dal Distretto/A.USL in cui è residente anagraficamente l'anziano.

Per gli anziani residenti nel territorio provinciale, ma domiciliati in altra regione, l'assegno di cura non può essere erogato, essendo impossibile garantire i percorsi e le procedure previste dalla normativa regionale.

### **3) RAPPORTI CON LE FAMIGLIE**

Il Servizio Assistenza Anziani (SAA) e l'UVG, nell'ambito degli indirizzi forniti dai Comuni e dalla A.USL e coerentemente con le modalità organizzative in essere nei diversi Comuni, orientano la propria attività al fine di valorizzare e sostenere la "collaborazione" assistenziale con la famiglia e/o con i soggetti indicati al precedente punto 2.

Pertanto vengono assicurati i seguenti interventi:

- un supporto tecnico-consulenziale in particolare per quanto attiene alle problematiche assistenziali, psicologiche, giuridiche;
- una specifica attività informativa sull'accesso ai servizi, sulla disponibilità di ausili e sugli adattamenti del domicilio alle esigenze funzionali dell'anziano;
- una specifica attività formativa e di aggiornamento;
- un adeguato sviluppo di opportunità di inserimento temporaneo in tutti i servizi della rete per ricoveri di sollievo.

Il programma assistenziale personalizzato può prevedere che la famiglia, ad integrazione del proprio impegno, possa anche avvalersi dell'aiuto dei servizi non residenziali della rete in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano e delle capacità di cura della famiglia stessa. In tal caso il progetto evidenzia tali interventi.

Gli oneri per queste prestazioni saranno a carico della famiglia secondo i criteri previsti dalla normativa locale per la partecipazione al costo dei servizi.

L'Assistente Sociale Responsabile del Caso è il costante riferimento per la famiglia nella gestione complessiva dell'anziano non autosufficiente.

### **4) Condizioni economiche**

A partire dal 1° Febbraio 2005 la fruizione di nuovi contratti è subordinata ad una verifica della condizione economica dell'anziano beneficiario delle cure, effettuata, a titolo sperimentale sino all'entrata in vigore della direttiva regionale prevista dall'articolo 49 della L.R. 2/2003, sulla base delle modalità e dei limiti di seguito riportati.

Per i contratti in essere la verifica della situazione economica in base all'ISEE va effettuata al momento del rinnovo; sino a quella data permangono i criteri di valutazione del reddito assunti al momento della concessione o del rinnovo precedente.

#### **a) Limite dell'Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE)**

Per usufruire dell'assegno di cura l'Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) dell'anziano beneficiario delle cure, calcolato secondo quanto previsto dal Decreto legislativo n. 109 del 31 Marzo 1998 e successive modifiche ed integrazioni, non dovrà essere superiore a € 20.000 annui.

#### **b) Composizione del nucleo familiare**

Ai fini della concessione dell'assegno di cura il nucleo familiare di riferimento, è costituito dal solo anziano beneficiario delle cure; si considera pertanto la situazione economica e patrimoniale del solo anziano estratta da quella del nucleo familiare di riferimento, così come previsto dall'art. 3 c.2 del D.L. n.109/98 e successive modifiche ed integrazioni.

L'attestazione ISEE del nucleo familiare di riferimento è rilasciata da soggetti abilitati: CAAF ed Enti Pubblici.



Il Responsabile del SAA è tenuto a garantire, in forma gratuita per il cittadino, l'estrazione dell'ISEE dell'anziano beneficiario da quello del nucleo. Qualora vengano stipulati accordi tra Comuni e CAAF la fornitura gratuita di tale prestazioni aggiuntiva verrà assicurata da questi ultimi.

Agli atti debbono essere acquisiti:

- copia attestazione ISEE per l'intero nucleo;
- copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) e relativi allegati;
- calcolo dell'ISEE estratto relativo all'anziano destinatario delle cure.

#### **c) Validità dell'attestazione ISEE e dell'estrazione**

L'attestazione ha validità 12 mesi. Il termine di validità dell'attestazione ISEE è riportato nell'attestazione stessa. Tale elemento va tenuto presente in caso di durata dell'assegno inferiore ai 12 mesi, limitando la verifica per il rinnovo ai soli aspetti assistenziali:

L'estrazione ISEE del solo anziano ha lo stesso termine di validità dell'attestazione ISEE dalla quale deriva.

Il cittadino ha facoltà di far valere le variazioni intervenute durante il periodo di validità ed ottenere una nuova attestazione.

#### **d) Aggiornamento del limite ISEE**

Tutti i limiti di cui sopra sono rivalutati annualmente, al 31 Dicembre, in misura pari alla variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo calcolato dall'ISTAT, con determinazione del Responsabile del Servizio competente.

Non possono essere fissati criteri di esclusione aggiuntivi rispetto a quelli indicati dalla normativa

### **5) Entità del contributo economico**

L'entità del contributo economico da prevedersi a favore delle famiglie è stabilita in relazione:

- alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano;
- alle sue necessità assistenziali;
- alle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 2 s'impegnano a garantire:

Ai fini della determinazione dell'entità del contributo economico, la valutazione dei tre elementi sopra richiamati va messa sempre in relazione con il raggiungimento dell'obiettivo del mantenimento nel proprio contesto della persona non autosufficiente ed accompagnata da un'attenta valutazione dell'equilibrio familiare e del positivo effetto di rinforzo e sostegno che l'assegno di cura può rappresentare rispetto all'assunzione diretta di impegni di cura.

Il contributo giornaliero è fissato in 17,81 € - 11,88 € - 8,31 € in relazione all'intensità assistenziale come definita dai seguenti criteri generali:

- livello A (elevato) - 17,81 €, per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di elevata assistenza diretta in alternativa al ricovero in struttura residenziale. Di norma tale livello viene assegnato per i programmi assistenziali individuali che prevedono una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello elevato indicate nell'allegato n. 1 o per i programmi assistenziali individuali rivolti a soggetti dementi con gravi disturbi comportamentali e/o cognitivi, con necessità di assistenza continua;
- livello B (alto) - 11,88 €, per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di assistenza diretta di livello alto. Di norma tale livello viene assegnato per i programmi assistenziali individuali che non si trovino nella condizione precedente e prevedano una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello alto indicate nell'allegato n. 1;

- livello C (medio) - 8,31 €, per programmi assistenziali individuali che non si trovino nella condizione precedente e prevedano una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello medio indicate nell'allegato n. 1.

L'UVG si attiene ai criteri sopra definiti per la determinazione della proposta di entità del contributo, tenendo conto anche:

- della frequenza delle attività assistenziali;
- del relativo impegno temporale e della sua distribuzione nell'arco della giornata;
- dell'incidenza degli impegni di cura derivanti da condizioni sanitarie complesse;
- della possibilità di specifiche valutazioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo del mantenimento dell'anziano nel proprio contesto e del suo benessere.

L'A.USL ed i Comuni assicurano momenti formativi e di confronto periodico con le UVG e gli Assistenti Sociali Responsabili del Caso al fine di garantire un'omogenea applicazione dei criteri di valutazione sopra richiamati.

### **Indennità d'accompagnamento**

Se l'anziano è titolare d'indennità d'accompagnamento o indennità analoga, erogata dall'INPS, dall'INAIL o da altri, il contributo economico è ridotto, dalla data di concessione della stessa a:

- € 7,75 per il livello A;
- € 5,17 per il livello B;
- € 3,62 per il livello C.

Gli eventuali recuperi devono essere attuati solo nel periodo di erogazione dell'assegno di cura, nei mesi successivi alla data di notifica dell'avvenuta concessione.

Al fine di ridurre difficoltà e problemi per i percettori dell'assegno di cura, il Responsabile del Servizio Assistenza Anziani adotta le procedure atte a monitorare con la massima tempestività la concessione dell'indennità d'accompagnamento al fine di adeguare nel tempo più breve possibile l'erogazione dell'assegno di cura.

## **6) Criteri di priorità**

I criteri di priorità, che seguono, da adottare in modo trasversale ai tre livelli, traggono fondamento nella concezione dell'assegno di cura come:

- intervento strettamente integrato nella rete dei servizi socio sanitari,
- strumento per l'intensificazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza a domicilio
- leva strategica per una presa in carico più globale.

Il filo conduttore nella determinazione delle priorità è la valutazione del peso dell'assegno di cura nell'ambito di un progetto di permanenza a domicilio dell'anziano in condizioni di sicurezza e benessere e della sua incisività nel modificare, migliorandola, l'assistenza all'anziano, contribuendo a superare o ridurre le criticità riscontrate.

L'intervento è rivolto prioritariamente alle persone a rischio di istituzionalizzazione a causa di scarse risorse familiari o di difficoltà della rete parentale a garantire un'adeguata assistenza.

Di conseguenza l'assegno di cura è erogato in base al progetto assistenziale definito dall'UVG (per il Comune di Parma la componente sociale dell'UVG è l'Assistente Sociale Responsabile del Caso) tenendo conto della rilevanza prioritaria dei criteri sottoelencati:

- sostenere la permanenza a domicilio, in situazione di tutela e sicurezza, di anziani, non autosufficienti, soli o in coppia, privi di figli o discendenti diretti, in presenza di rilevate difficoltà economiche in rapporto alle spese assistenziali previste dal progetto di cura;

- sostenere la permanenza a domicilio di anziani che richiedono un rilevante impegno assistenziale, prolungato nel tempo, a causa di forme morbose (quali ad esempio dementi con gravi disturbi comportamentali, malati oncologici, alimentazione artificiale-PEG, sondino naso-gastrico, allettamento cronico con piaghe da decubito,...), aiutando la famiglia a prevenire situazioni di stress;
- sostenere la permanenza a domicilio di anziani i cui familiari presentano difficoltà oggettive o soggettive ad assicurare il necessario impegno assistenziale a causa di:
  - presenza di altre problematiche interne alla rete familiare riferite ai discendenti diretti, quali disabilità, non autosufficienza, gravi patologie, gravi conflitti relazionali;
  - esiguità della rete familiare in presenza di rilevate difficoltà economiche in rapporto alla gravosità dell'impegno assistenziale previsto dal progetto di cura
- sostenere, per periodi temporanei, la famiglia in momenti di crisi e difficoltà dovuti alla perdita improvvisa dell'autosufficienza della persona anziana con conseguente necessità di assumere impegni assistenziali che prevedono una nuova organizzazione del ménage familiare, adattamenti ambientali, ecc., in presenza di rilevate difficoltà economiche in rapporto alla gravosità dell'impegno assistenziale previsto dal progetto di cura;
- sostenere il progetto di permanenza a domicilio, reso difficoltoso dalla scarsa disponibilità o fruibilità degli altri servizi della rete.

Non possono essere adottati dai SAA e UVG altri criteri di riferimento se non nelle forme sopra indicate.

## 7) Percorso

- Segnalazione, analisi e prima valutazione del bisogno
- Elaborazione del progetto assistenziale
- Individuazione delle priorità
- Stipula del contratto
- Erogazione
- Verifiche
- Rinnovo/sospensione / revoca

### Segnalazione - analisi - prima valutazione del bisogno

L'Assistente Sociale Responsabile del Caso:

- accoglie la segnalazione, effettua l'analisi della situazione utilizzando, in ogni caso anche lo strumento professionale della visita domiciliare, individua i bisogni, si relaziona con il Medico di Medicina Generale per la valutazione degli aspetti sanitari;
- informa l'utenza sulle possibili risorse della rete e sulle condizioni previste per l'accesso all'assegno di cura, ivi compresi i limiti di ISEE, imposta una prima ipotesi di progetto ed individua il destinatario dell'assegno di cura;
- chiede al SAA l'attivazione dell'UVG, evidenziando la rilevanza dell'assegno di cura per la realizzazione del progetto di aiuto.

### Valutazione multidimensionale ed elaborazione del progetto assistenziale

Il Responsabile del SAA attiva l'UVG, per procedere alla valutazione multidimensionale delle singole situazioni;

L'UVG procede, utilizzando gli strumenti in uso:

- all'identificazione del requisito di non autosufficienza (BINA => 240),
- alla valutazione multidimensionale delle condizioni dell'anziano,
- alla valutazione delle capacità dell'anziano a determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita nel caso sia l'anziano stesso titolare dell'assegno di cura;

- all'elaborazione con l'Assistente Sociale Responsabile del Caso ed in accordo con il Medico di Medicina Generale del progetto assistenziale che deve esplicitare:
  - i risultati che s'intendono raggiungere
  - la qualità e quantità di prestazioni necessarie
  - i soggetti che devono garantirle,
  - il tempo necessario per garantirle
  - i supporti protesici e/o tecnologici da assicurare
  - l'entità del contributo
  - gli indicatori di verifica.

La valutazione, dell'UVG viene svolta presso il domicilio dell'anziano tranne che per motivate eccezioni (es. dimissioni ospedaliere).

- L'UVG presenta al Responsabile del SAA il progetto assistenziale.

### **Individuazione delle priorità'**

L'UVG e l'Assistente Sociale Responsabile del Caso individuano le situazioni prioritarie sulla base dei criteri previsti al precedente art. 6, sulla base del progetto assistenziale e del budget assegnato annualmente dal SAA.

Il SAA assicura la corretta e completa gestione delle risorse assegnate, tramite la verifica costante dell'andamento della spesa. E' garante, in caso di risorse limitate, del rispetto dei criteri di priorità regionali integrati da quelli indicati nel presente Regolamento, sia nel caso di prima erogazione dell'assegno di cura sia in caso di rinnovo del medesimo, coordinando le UVG al fine di assicurare l'applicazione omogenea dei criteri stessi a livello distrettuale.

Nel caso in cui l'anziano non autosufficiente e/o la famiglia di riferimento non rientrino all'atto della valutazione nei criteri di priorità individuati, l'assegno di cura non verrà concesso e si potrà rivalutare l'erogazione al modificarsi della situazione.

Nel caso in cui l'anziano non autosufficiente e/o la famiglia rientrino nei criteri di priorità ma non sia possibile nell'immediato la concessione dell'assegno di cura in relazione alle risorse economiche disponibili, la situazione verrà tenuta in evidenza e rivalutata comunque anche in relazione a nuovi casi emergenti.

In entrambi i casi il Responsabile del SAA provvederà ad inoltrare comunicazione scritta all'anziano e/o alla sua famiglia.

### **Stipula del contratto**

Il Responsabile del SAA, provvede a formalizzare l'accordo con la famiglia e procede alla stipula del contratto.

### **Contenuto e durata degli accordi**

L'accordo ha una durata di norma pari a sei mesi, salvo la definizione di un termine diverso da parte dell'UVG, motivata dal progetto.

Nell'accordo debbono essere indicati:

- il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 2) s'impegnano ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità ed i tempi della verifica;



- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo.

Tra questi impegni vanno esplicitati in particolare quelli relativi:

- alla tempestiva comunicazione dell'eventuale corresponsione dell'indennità di accompagnamento;
- alla tempestiva comunicazione di eventuali significative variazioni dell'ISEE di riferimento
- alla partecipazione a momenti di sostegno e/o aggiornamento per i familiari, organizzati dal Servizio Assistenza Anziani.

Inoltre nel caso il piano di assistenza venga assicurato anche mediante il ricorso ad assistenti familiari nell'accordo/contratto la persona che si assume la responsabilità dell'accordo s'impegna:

- sottoscrivere con l'assistente familiare regolare contratto di lavoro;
- a favorire la partecipazione dell'assistente familiare alle iniziative di aggiornamento e formazione organizzate dal sistema locale dei servizi socio-sanitari e della formazione professionale.

### **Obblighi dei soggetti destinatari**

I destinatari sono tenuti a:

- comunicare tempestivamente al SAA ogni modificazione significativa della situazione ed ogni variazione, anche derivante dalla mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito dichiarate al momento della presentazione della domanda, ivi compreso l'avvenuto riconoscimento dell'indennità di accompagnamento a favore dell'anziano;
- rispettare gli impegni assunti con l'accettazione del progetto assistenziale e del contratto.

I beneficiari le cui dichiarazioni risultino mendaci, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti, sono tenuti alla restituzione delle somme indebitamente percepite che il Responsabile del SAA utilizza per gli stessi fini.

### **Erogazione**

Il Responsabile del SAA provvede a:

- inoltrare, per il bimestre di riferimento, la documentazione completa, relativa al contratto, all'ufficio amministrativo dell'A.USL che provvede alla liquidazione;
- comunicare al medesimo ogni altra variazione intervenuta, ivi compresa la concessione dell'assegno di accompagnamento.

L'Ufficio distrettuale cui compete la liquidazione:

- procede all'abbattimento dell'assegno di cura a far tempo dalla data di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- attiva percorsi e procedure di erogazione tempestiva in occasione di condizioni "urgenti e/o acute" riconosciute e definite dall'UVG entro una misura percentuale da definirsi in sede di Accordo di Programma;
- attiva le procedure di idonei controlli (art. 4 comma 7 del DL 31 Marzo 1998 n.109, così come modificato dal DL 3 Maggio 2000, n. 130), sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronta i dati reddituali e patrimoniali dichiarati dai soggetti ammessi alle prestazioni con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- provvede ad ogni adempimento conseguente alla non veridicità dei dati dichiarati;
- può richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine di correzione di errori materiali o di modesta entità.
- procede al recupero delle somme indebitamente percepite dal titolare del contratto per mancata tempestiva comunicazione di variazioni inerenti la posizione anagrafica e/o reddituale.

### **Modalità' di verifica e controllo**

La verifica sull'attuazione del piano e la realizzazione temporale degli obiettivi viene effettuata, al domicilio dell'anziano, dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso di norma con cadenza semestrale.

L'Assistente Sociale Responsabile del Caso, attraverso strumenti in uso nel proprio ambito territoriale, sentito anche il Medico Curante, verifica:

- a) che l'anziano sia adeguatamente assistito e si trovi in buone condizioni;
- b) che siano rispettati il programma personalizzato predisposto dall'UVG e gli impegni assunti dalla famiglia in particolare relativamente a:
  - igiene e cura della persona,
  - igiene e mantenimento dell'ambiente di vita,
  - condizione dell'alimentazione,
  - vita di relazione e socializzazione,
- c) che la famiglia utilizzi tutti gli ausili ritenuti opportuni per la gestione delle attività quotidiane per la prevenzione e il mantenimento delle condizioni di salute dell'anziano;
- d) che siano assolte le necessità dell'anziano in rapporto con l'ambiente esterno e sul piano relazionale.

Sulla base delle verifiche periodiche effettuate, definite nell'ambito del programma assistenziale, compete all'Assistente Sociale Responsabile del caso proporre al Responsabile del SAA l'eventuale rinnovo del contributo.

In sede di stesura del piano assistenziale individuale possono essere definiti dall'UVG, in accordo con il Responsabile del Caso, tempi più ravvicinati di verifica.

Qualora il Responsabile del Caso riscontri la necessità di una ridefinizione del progetto da parte dell'UVG, richiederà la rivalutazione del caso con segnalazione scritta esplicativa.

### **Rinnovo**

Al termine del periodo dell'accordo/contratto, sulla base della verifica e della proposta dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso, sarà aggiornata la valutazione multidimensionale e ridefinita la situazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, anche in termini di sostegno e benessere del nucleo familiare ed eventualmente adeguato il programma di assistenza personalizzato.

E' previsto il rinnovo o anche più rinnovi, compatibilmente con le risorse disponibili e i criteri di priorità definite dal Regolamento se non sono intervenuti mutamenti che non rendono più adeguato, possibile o necessario sostenere il progetto assistenziale con l'assegno di cura.

Per le situazioni tendenzialmente stabilizzate i rinnovi di norma hanno validità sino a 12 mesi.

Anche in questi casi deve essere assicurata una verifica almeno semestrale da parte dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso.

Alla scadenza i rinnovi dovranno essere effettuati anche in rapporto alle nuove situazioni che necessitano di attivazione, tenendo conto della rilevanza progressiva dei criteri di priorità.

Il Responsabile del SAA adotta procedure per i rinnovi che assicurino la corretta e tempestiva informazione dei cittadini, per quanto riguarda sia le determinazioni in merito al rinnovo o non rinnovo dell'assegno che le finalità proprie dell'assegno stesso;

### **Sospensione**

E' prevista, previo accertamento, la sospensione temporanea del contratto nelle seguenti evenienze:

- inserimento temporaneo dell'anziano in RSA/Hospice/ Centri Cure Progressive, su posti a totale carico del FSR.



Per gli inserimenti temporanei in strutture residenziali, con retta a carico del cittadino è prevista la sospensione temporanea dell'assegno di cura, dopo due mesi consecutivi di ricovero, salvo motivate eccezioni.

### **Revoca**

E' prevista, previo accertamento, la revoca del contratto per:

- inserimento stabile dell'anziano in struttura residenziale;
- inadempienza contrattuale da parte della famiglia;
- superamento dei limiti ISEE;
- mancata presentazione della documentazione ISEE.

In ogni fase il Responsabile del SAA si fa garante dell'applicazione del regolamento e della corretta informazione comunicazione, in forma scritta all'anziano ed alla sua famiglia.

## **8) Definizione e gestione delle risorse finanziarie**

L'Azienda Unità Sanitaria Locale ed i Comuni sottoscrittori dell'Accordo di Programma definiscono annualmente, negli organismi di gestione dell'Accordo stesso, le risorse finanziarie da finalizzare alla concessione di assegni di cura.

Al fondo annuale concorrono gli stanziamenti vincolati ed appositamente destinati dal Fondo sanitario regionale ad ogni Azienda Unità Sanitaria Locale, sulla base della popolazione ultra settantacinquenne residente, le risorse del Fondo sociale regionale e le risorse proprie dei Comuni previste dai Piani di Zona.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali ed i Comuni nell'ambito dell'Accordo di programma determinano:

- il budget annuale ed i criteri di riparto del finanziamento
- i criteri di priorità di utilizzo delle risorse finalizzate all'assegno di cura.

**Allegato n. 2****INTERVENTI PREVISTI PER IL PIANO ATTUATIVO 2006**

- **SVILUPPO DEL SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI**
- **SERVIZI RESIDENZIALI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ PER CHI È CURATO E PER CHI CURA**
- **TRASPORTO SOLIDALE DEGLI ANZIANI AUTOSUFFICIENTI O PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI**
- **QUALIFICAZIONE DEL LAVORO DI CURA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI E SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE, ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E NODO**
- **DIMISSIONI DIFFICILI**
- **QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI RESIDENZIALI**
- **INTERVENTI A SOSTEGNO DI COLORO CHE SOFFRONO DI DEMENZA, PER I LORO FAMILIARI E PER CHI LI CURA**
- **TUTELA DELL'ANZIANO IN SITUAZIONI DI FRAGILITÀ E DI ISOLAMENTO**
- **ASSEGNO SOCIALE: PROGETTO SOCIALE SPERIMENTALE RIVOLTO AD ANZIANI ED ADULTI AFFETTI DA FORME CERTIFICATE DI DEMENZA ASSISTITI AL DOMICILIO DA ASSISTENTI FAMILIARI PRIVATE REGOLARMENTE ASSUNTE**
- **A CASA SICURI: IL NUOVO SERVIZIO DI PROTEZIONE SOCIALE**
- **SNOEZELLEN ROOM: ACCOGLIENZA DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA IN CONTESTI OSPEDALIERI**

Nell'ambito del Programma Finalizzato *"ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI E DISABILI"*

- **ASSEGNO DI CURA**

6.3 Progetti non rientranti nei programmi finalizzati

<b>PROGETTO/INTERVENTO di SVILUPPO:</b>	
Denominazione: <b>SVILUPPO DEL SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Servizio Assistenza Anziani del Distretto di Parma</b> <b>Responsabile Dr Davide Caravaggi</b> <b>indirizzo Borgo degli Studi, 4, cap 43100 Parma</b> <b>telefono 0521-228018, fax 0521-224051</b> <b>e-mail <a href="mailto:saa@comune.parma.it">saa@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile e Mezzani, A.USL, A. Ospedaliera, Enti gestori dei Servizi della rete</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì</b> <b>Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005:</b> <b>- Conferma della presenza del Responsabile del SAA</b> <b>- Ampliamento dell'attività dell'UVG</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comuni di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera, IPAB IRAIA, IPAB S. Mauro Abate, Case Protette e Case di Riposo del Distretto di Parma, Privato Sociale</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>Assicurare in modo più idoneo la continuità assistenziale e la messa in rete dei servizi stessi, anche tramite la sperimentazione di specifici protocolli e procedure relative all'utilizzo delle risorse della rete. Migliorare l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali.</b>
Azioni previste	<b>Coordinamento di un gruppo tecnico individuato in</b>

ambito di Accordo di Programma, per la definizione e l'applicazione di procedure e protocolli omogenei che, in una logica di rete, permettono di garantire un coordinato ed efficace utilizzo dei servizi e delle risorse in tutto il territorio del Distretto.

Confermare la presenza del Responsabile del SAA di norma per tre giorni alla settimana nel Comune di Parma e per due giorni nel Comune di Colorno al fine di rappresentare un concreto punto di riferimento per le Assistenti Sociali Responsabili del Caso, per le UVG e per le strutture e i servizi di tutto il territorio.

Utilizzo più mirato dei servizi della rete favorendo una adeguata rispondenza tra le risorse territoriali presenti e i bisogni emergenti, elaborando anche nuove proposte utili alla programmazione, attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.

Assicurare una progettazione formativa basata su una sintesi dei bisogni espressi dai diversi attori della rete dei servizi, favorendo le opportune sinergie, anche attraverso la promozione di accordi per accessi a percorsi già pianificati, attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.

Incentivare l'individuazione di strumenti di valutazione multidimensionali e multiprofessionali condivisi possibilmente a livello aziendale, attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.

Riorganizzazione dell'attività dell'UVG con particolare riferimento agli interventi di consulenza ai servizi della rete, di formazione e di verifica dei progetti assistenziali individualizzati.

	<b>Inserimento del SAA tra i componenti dell'Ufficio di Piano, in previsione della gestione del Fondo per la Non Autosufficienza.</b>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	€ 58.650,00	€ 29.325,00	€ 29.325,00	
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° e tipologia di corsi di formazione progettati e/o realizzati.</li> <li>• Applicazione di procedure e protocolli relativi all'utilizzo dei servizi della rete e verifica di efficacia ed eventuali interventi correttivi.</li> <li>• N° di anziani valutati dall'UVG</li> <li>• N° di PAI verificati dall'UVG</li> <li>• N° di anziani presi in carico nei servizi della rete</li> </ul>			

<b>PROGETTO/INTERVENTO di SVILUPPO:</b>	
Denominazione: <b>SERVIZI RESIDENZIALI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' PER CHI E' CURATO E PER CHI CURA</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma- Struttura Operativa Anziani</b> <b>Responsabile Dr.ssa Lucia Bonetti</b> <b>indirizzo Largo Torello de Strada, 11/A</b> <b>cap 43100 Parma</b> <b>telefono 0521-218965 fax 0521-031718</b> <b>e-mail <a href="mailto:l.bonetti@comune.parma.it">l.bonetti@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Il progetto è finalizzato al sostegno alle famiglie che mantengono nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente o l'adulto con patologie assimilabili a quelle geriatriche, evitando o posticipando in tal modo l'accoglienza definitiva nei servizi socio- sanitari residenziali.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì</b> <b>Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005:</b> <b>- costituzione del gruppo di lavoro interistituzionale "La rete" finalizzato alla individuazione delle criticità della rete dei servizi socio-sanitari e alla formulazione di proposte migliorative.</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile e Mezzani, A.USL, A.Ospedaliera, IRAIA, San Mauro Abbate, Case Protette, Case di Riposo,</b>



	Comunità Alloggio.
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<p>1) Favorire la permanenza a casa dell'anziano anche non autosufficiente garantendogli periodi di accoglienza temporanea in strutture residenziali.</p> <p>2) Sollevare la famiglia dall'impegno di cura dell'anziano non autosufficiente per periodi limitati.</p> <p>3) Sostituire temporaneamente le famiglie nell'assistenza in attesa che si possano organizzare al domicilio sulla base dei nuovi bisogni dell'anziano.</p> <p>4) Migliorare la qualità dell'accoglienza temporanea presso i servizi residenziali anche attraverso azioni formative mirate.</p>
Azioni previste	<p>Necessità di ricreare i 2 posti residenziali convenzionati con l'A.USL per accoglienze temporanee a valenza socio-assistenziale di riferimento per i Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrile.</p> <p>Adeguare il numero dei posti per accoglienze temporanee a valenza socio-assistenziale convenzionati con l'A.USL per il Comune di Parma nel periodo estivo nel territorio cittadino e/o in zone limitrofe, con una misura non inferiore mediamente a n.10 posti letto, dando atto che in caso di attribuzione di nuove quote sanitarie queste potranno riconoscere anche questa forma di ricovero se realizzata al di fuori delle quote oggi esistenti.</p> <p>Verificare il fabbisogno di accoglienze temporanee in RSA in ambito distrettuale e valutare la possibilità di accesso ai posti</p>

	<p>attualmente esistenti per tutti gli anziani residenti nel Distretto.</p> <p>Progettare azione formative al fine di migliorare la qualità dell'accoglienza temporanea presso i servizi residenziali, attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.</p>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p><b>Rispetto all'obiettivo 1:</b></p> <p>Numero di posti residenziali nel Distretto a valenza assistenziale medio-alta per accoglienze temporanee a valenza socio-assistenziale.</p> <p>Numero di accoglienze temporanee assicurate per tipologie di servizio.</p> <p>Numero di accoglienze temporanee assicurate nel Comune di residenza dell'anziano.</p> <p>Numero ingressi temporanei/ numero ingressi complessivi.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 2:</b></p> <p>Durata delle accoglienze temporanee.</p> <p>Numero di accoglienze effettuate nell'anno per ogni singola persona.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 3:</b></p> <p>Tempi che intercorrono tra la domanda di accoglienza temporanea per emergenza e il</p>			

	<p><b>soddisfacimento della richiesta</b></p> <p><b>Numero di domande di accoglienza temporanea dovute ad emergenze/numero di domande accolte.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 4:</b></p> <p><b>Progetto formativo elaborato.</b></p>
--	--

<b>PROGETTO/INTERVENTO di SVILUPPO:</b>	
Denominazione: <b>TRASPORTO SOLIDALE DEGLI ANZIANI AUTOSUFFICIENTI O PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comuni del Distretto</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma-</b> <b>Struttura Operativa Anziani</b> <b>Responsabile Dr.ssa Enrica Bigi</b> <b>indirizzo Via Raimondi 8</b> <b>cap. 43100 Parma</b> <b>telefono 0521-925418 fax 0521-925512</b> <b>e-mail <a href="mailto:e.bigi@comune.parma.it">e.bigi@comune.parma.it</a></b>  <b>Responsabile del progetto: Comuni di</b> <b>Sorbolo- Mezzani- Torrile- Colorno</b> <b>Servizio Sociale</b> <b>Responsabile Sig.ra Anna Ballarini</b> <b>indirizzo P.le Lalatta 10</b> <b>cap. 43058 Sorbolo</b> <b>telefono 0521- 660152 fax 0521-694330</b> <b>e-mail <a href="mailto:a.ballarini@comune.sorbolo.pr.it">a.ballarini@comune.sorbolo.pr.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti residenti nel Distretto.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì</b> <b>Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005:</b> <b>- attivazione di forme di trasporto solidale diversificate per territorio e per tipologia di utenza</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>

Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile e Mezzani, Cooperative sociali, altri possibili Fornitori facenti capo all'Albo dei soggetti accreditati, Associazioni di volontariato.</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Creare condizioni di tutela e sicurezza per anziani fragili anche attraverso un elevato livello qualitativo del servizio, personalizzando il trasporto e l'accompagnamento offerto alle persone. 2) Promuovere azioni formative a sostegno delle persone impegnate nel servizio 3) Garantire e sviluppare la qualità degli interventi del Volontariato attraverso una partecipazione attiva alla co-progettazione dei servizi e alla loro integrazione all'interno della rete.</b>

<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Continuare ad assicurare il servizio nel Comune di Parma tramite SER.MO.SOL., presso lo Sportello Sociale Bizzozero, in Via Bizzozero 13 e tramite la Portineria Solidale, in Via Olivieri 2.</p> <p>Per i Comuni di Colorno, Sorbolo e Mezzani assicurare continuità al servizio di Taxi sociale.</p> <p>Stipula di convenzioni con Associazioni di Volontariato nei Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani e Torrile.</p> <p>Assicurare la continuità dell'azione informativa presso gli sportelli sociali.</p> <p>Tariffe agevolate di abbonamento di trasporto urbano a favore di persone anziane: per il Comune di Parma intervenire a sostegno delle persone che rispondono ai requisiti indicati dalla relativa Delibera Regionale riconoscendo un'ulteriore quota di € 49,00 sul limite massimo di € 119,00 previste dalla stessa. Inoltre assicurare il rimborso totale e quindi l'abbonamento annuo gratuito a chi usufruisce del minimo garantito.</p> <p>Ricognizione tramite mappatura delle opportunità di trasporto presenti sul territorio distrettuale.</p>			
<p>Piano finanziario:</p>	<p>Costo totale previsto</p>	<p>Quota regionale</p>	<p>Quota comunale</p>	<p>Eventuale quota di altri soggetti da specificare</p>
<p>non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali</p>				



<p>Indicatori per il monitoraggio/valutazione</p>	<p><b>Rispetto all'obiettivo 1:</b></p> <p><b>Numero di accompagnamenti effettuati/totale richieste pervenute.</b></p> <p><b>Numero abbonamenti annui di trasporto urbano agevolati.</b></p> <p><b>Numero abbonamenti annui di trasporto urbano gratuiti.</b></p> <p><b>Numero e tipologia di richieste pervenute.</b></p> <p><b>Numero e tipologia di accompagnamenti effettuati in assistenza domiciliare e nei servizi semiresidenziali.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 2:</b></p> <p><b>Report azioni formative.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 3:</b></p> <p><b>Mappa delle risorse esistenti.</b></p>
---	---

<b>PROGETTO/INTERVENTO di QUALIFICAZIONE:</b>	
Denominazione: <b>QUALIFICAZIONE DEL LAVORO DI CURA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI E SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma- Struttura Operativa Anziani Responsabile Dr.ssa Lucia Bonetti indirizzo Largo Torello de Strada, 11/A cap 43100 Parma telefono 0521-218965 fax 0521-031718 e-mail <a href="mailto:l.bonetti@comune.parma.it">l.bonetti@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Assistenti familiari, anziani parzialmente e non autosufficienti e famiglie.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005: - realizzazione continuativa di interventi di sostegno alle assistenti familiari attraverso azioni di tutoring domiciliare da parte di RAA o di operatori addetti all'assistenza di base.</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera Associazioni, Cooperative Sociali, altri possibili fornitori facenti capo all'Albo dei soggetti accreditati, Enti di formazione, Sindacati, Centro Risorse.</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Qualificare il lavoro di cura al domicilio delle assistenti familiari per quanto riguarda l'effettuazione di interventi assistenziali e</b>

	<p>l'informazione per la collaborazione con il personale preposto per aspetti sanitari.</p> <p>2) Sostenere l'anziano e la famiglia nella loro scelta di avvalersi dell'assistente familiare per curare e rispondere alla non autosufficienza, assicurando sostegno economico, psicologico, assistenziale e sanitario.</p> <p>3) Dare continuità ad esperienze di sostegno individuale e di piccoli gruppi di assistenti familiari straniere a domicilio tramite l'individuazione di un percorso formativo.</p> <p>4) Favorire processi di inclusione sociale da parte di assistenti familiari considerando anche la necessità di facilitare il permanere di relazioni con le proprie generazioni per gli anziani che assistono.</p>
Azioni previste	<p>Organizzare percorsi formativi semplificati attuati da operatori sociali e sanitari dei servizi pubblici territoriali e da altri attori coinvolti nel progetto, attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.</p> <p>Organizzare interventi di sostegno alle assistenti familiari attraverso azioni di tutoring domiciliare da parte di RAA o di operatori addetti all'assistenza di base con comprovata esperienza.</p> <p>Progettazione di momenti di inclusione sociale rivolti alle assistenti familiari e agli anziani seguiti dalle medesime e realizzazione di almeno una sperimentazione in un servizio semiresidenziale e/o in un gruppo di socializzazione in assistenza domiciliare.</p> <p>Progettazione e realizzazione di iniziative</p>

	<b>nell'ambito del Volontariato</b> <b>Prevedere nell'organizzazione e nella gestione dei servizi semiresidenziali attività di supporto tecnico su problematiche assistenziali..</b>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	<b>non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali</b>			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<b>Rispetto all'Obiettivo 1:</b> <b>Numero di interventi di tutoring domiciliare realizzati.</b> <b>Valutazione del livello di gradimento espresso dalle assistenti familiari e dalle famiglie che hanno usufruito sia di attività formative che di tutoring domiciliare.</b>  <b>Rispetto all'Obiettivo 2:</b> <b>Numero di assegni di cura concessi per consentire la partecipazione di assistenti familiari a percorsi formativi/numero assegni di cura erogati nell'anno.</b>  <b>Rispetto all'Obiettivo 3:</b> <b>Numero di attività formative organizzate.</b> <b>Numero di assistenti familiari formate.</b>  <b>Rispetto all'Obiettivo 4:</b> <b>Progetto elaborato.</b>			

<b>PROGETTO/INTERVENTO di QUALIFICAZIONE:</b>	
Denominazione: <b>ASSISTENZA DOMICILIARE, ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E NODO</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: A.USL Responsabile Dr. Corrado Rizzi indirizzo V.le Basetti, 8 cap 43100 Parma telefono 0521- 228018 fax 0521-224051 e-mail <a href="mailto:crizzi@ausl.pr.it">crizzi@ausl.pr.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani non autosufficienti e loro famiglie.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005: - costituzione del gruppo di lavoro interistituzionale "L'Assistenza domiciliare Integrata", finalizzato alla individuazione delle criticità della rete dei servizi socio-sanitari e alla formulazione di proposte migliorative.</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera, Cooperative Sociali e altri possibili Fornitori facenti capo all'Albo dei soggetti accreditati</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Necessità di verificare la rispondenza tra bisogni e offerta del servizio di assistenza domiciliare nei Comuni di Colorno, Sorbolo-Mezzani, Torrile. 2) Mantenimento dei livelli del servizio di assistenza domiciliare per il Comune di</b>

	<p>Parma.</p> <p>3) Assicurare all'anziano non autosufficiente interventi qualificati ed integrati per rispondere alla complessità dei bisogni socio-sanitari al domicilio, proponendo alla famiglia un'organizzazione dei servizi socio-sanitari che assicurino la massima sicurezza e tranquillità (accessi programmati e coordinati) nell'assistenza al domicilio dell'anziano</p> <p>4) Rinforzare la capacità di elaborare ed implementare PAI condivisi tra operatori del sociale ed operatori del sanitario.</p> <p>5) Mantenimento o raggiungimento di un'ampia articolazione dell'assistenza domiciliare sia sulla giornata sia nella settimana, al fine di favorire l'individuazione e la realizzazione di progetti personalizzati per ogni anziano, coordinati con il sanitario.</p> <p>6) Consolidare percorsi a sostegno della domiciliarità per anziani soli, avvalendosi anche del supporto della comunità.</p>
Azioni previste	<p>Individuazione di modalità di comunicazione tra Enti coinvolti rispetto all'attivazione di interventi di ADI e NODO, con particolare riferimento a quanto previsto nel percorso Dimissioni Difficili, in continuità a quanto definito nel gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.</p> <p>Condivisione dei PAI di NODO e di ADI tra il personale socio-sanitario coinvolto attraverso incontri periodici.</p> <p>Implementazione e verifica di efficacia di servizi/interventi di assistenza domiciliare per anziani soli.</p>



Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	<b>non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali</b>			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p><b>Rispetto all'obiettivo 1:</b> Numero anziani con interventi di assistenza domiciliare nei Comuni di Colorno, Sorbolo, Mezzani e Torrile.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 2:</b> Numero anziani con interventi di assistenza domiciliare nel Comune di Parma.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 3:</b> Verifica dell'efficacia delle modalità di trasmissione delle informazioni rispetto a tempi e completezza.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 4:</b> Numero di PAI condivisi.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 5:</b> Numero di incontri effettuati per ADI e NODO.</p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 6:</b> Numero di anziani soli seguiti in assistenza domiciliare e tipologia di interventi erogati.</p>			

<b>PROGETTO/INTERVENTO di QUALIFICAZIONE:</b>	
Denominazione: <b>DIMISSIONI DIFFICILI</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Servizio Assistenza Anziani del Distretto di Parma Responsabile Dr Davide Caravaggi indirizzo Borgo degli Studi, 4 cap 43100 Parma telefono 0521-228018 fax 0521-224051 e-mail <a href="mailto:saa@comune.parma.it">saa@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani non autosufficienti e loro famiglie.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005: - realizzazione del Corso sulle Dimissioni Difficili realizzato da A.USL e A. Ospedaliera; - costituzione del gruppo di lavoro interistituzionale "Dimissioni Difficili", finalizzato alla individuazione delle criticità della rete dei servizi socio-sanitari e alla formulazione di proposte migliorative.</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera, Cooperative Sociali e altri possibili fornitori facenti capo all'Albo dei soggetti accreditati</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Migliorare l'efficacia del percorso dimissioni difficili e l'efficienza dell'apporto delle figure professionali coinvolte. 2) Attivazione dei Medici di base nel percorso</b>

	<p>dimissioni difficili, attraverso l'individuazione e l'implementazione di una specifica organizzazione</p> <p>3) Estendere il percorso di dimissioni difficili anche a strutture sanitarie extra regionali e/o private.</p> <p>4) Favorire la dimissione di persone anziane che presentano particolari complessità di bisogni socio-sanitari difficilmente gestibili tramite la rete dei servizi socio-assistenziali</p>
Azioni previste	<p>Applicazione del nuovo Protocollo elaborato dal gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma.</p> <p>Favorire la partecipazione ad interventi formativi di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso Dimissioni difficili al fine di migliorare l'efficacia del percorso anche attraverso una maggiore integrazione interprofessionale.</p> <p>Attivare occasioni di confronto con l'Ospedale di Oglio Po e con le strutture sanitarie private del distretto (Case di cura Città di Parma e Piccole Figlie) finalizzate alla formalizzazione di un loro coinvolgimento nel percorso Dimissioni difficili.</p> <p>Conoscere il numero ed i bisogni di persone ricoverate in ospedale che presentano particolari complessità di bisogni socio-sanitari difficilmente gestibili tramite la rete dei servizi socio-assistenziali (es, in coma vegetativo persistente), al fine di individuare soluzioni di accoglienza e percorsi idonei per l'uscita dal contesto ospedaliero, in particolare per persone anziane.</p>

Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali				
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p><b>Rispetto all'obiettivo 1</b></p> <p><b>Definizione di un unico protocollo Dimissioni difficili.</b></p> <p><b>Valutazione del numero delle giornate e dei motivi di degenza ospedaliera protratta oltre la data di dimissibilità concordata tra UVG e reparto.</b></p> <p><b>Monitoraggio dei tempi di attesa tra la segnalazione e la valutazione dell'UVG o dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile/ N° degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali nell'anno.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile/ N° degli anziani presi in carico dai servizi.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di SAD./ N° anziani in dimissione difficile.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di CD./ N° anziani in dimissione difficile.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di SAD e CD./ N° anziani in dimissione difficile.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di Casa Protetta./ N° anziani in</b></p>			

	<p><b>dimissione difficile.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di Comunità alloggio./ N° anziani in dimissione difficile.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di Assegno di cura./ N° anziani in dimissione difficile.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 2</b></p> <p><b>Numero di accessi Medici di Medicina Generale nel percorso Dimissioni Difficili/numero di casi segnalati.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 3</b></p> <p><b>Incontri effettuati con le strutture sanitarie private convenzionate cittadine e con l'Ospedale di Oglio PO e definizione di tempi per l'avvio del protocollo Dimissioni difficili.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 4</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di interventi sanitari a domicilio.</b></p> <p><b>N° degli anziani in dimissione difficile con attivazione di RSA./ N° anziani in dimissione difficile.</b></p>
--	---

<b>PROGETTO/INTERVENTO di QUALIFICAZIONE:</b>	
<b>Denominazione: QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI RESIDENZIALI</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Servizio Assistenza Anziani del Distretto di Parma Responsabile Dr Davide Caravaggi indirizzo Borgo degli Studi, 4 cap 43100 Parma telefono 0521-228018 fax 0521-224051 e-mail <a href="mailto:saa@comune.parma.it">saa@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani non autosufficienti ospitati in strutture residenziali.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005: - costituzione del gruppo di lavoro interistituzionale "La rete", finalizzato alla individuazione delle criticità della rete dei servizi socio-sanitari e alla formulazione di proposte migliorative.</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera, IRAIA, San Mauro Abate, Case protette, Case di riposo, Comunità alloggio, Cooperative Sociali e altri possibili soggetti del privato sociale.</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Assicurare un'adeguata capacità quantitativa di posti convenzionati per l'accoglienza a tempo prolungato nel territorio</b>



	<p>del distretto</p> <p>2) Migliorare e qualificare i servizi residenziali.</p> <p>3) Effettuare inserimenti con maggiore attinenza tra i bisogni delle persone e la possibilità di risposta delle strutture e migliorare la presa in carico degli anziani e la definizione tempestiva e personalizzata dei progetti di cura.</p>
Azioni previste	<p>Verifica della congruità tra fabbisogno e disponibilità di posti convenzionati con l'AUSL per accoglienza a tempo prolungato in casa protetta nel territorio del distretto</p> <p>Realizzare un'analisi approfondita e condivisa dei bisogni a cui possono e devono rispondere i servizi residenziali, al fine di evidenziare eventuali criticità nell'assicurare un'assistenza adeguata rispetto ai progetti personalizzati definiti.</p> <p>Verifica della qualità degli interventi assistenziali effettuati nelle Strutture residenziali del Distretto</p> <p>Inserire nelle strutture residenziali per anziani persone in carico al servizio adulti o al servizio psichiatrico attraverso una valutazione non esclusivamente da parte dell'UVG ma con il contributo di specialisti (es psichiatra) e in base ad un progetto assistenziale individualizzato. Gli specialisti devono sostenerne la presa in carico anche durante la permanenza nel servizio.</p> <p>Integrazione degli strumenti operativi elaborati dai gruppi di miglioramento della qualità nei servizi residenziali in base ai risultati della loro sperimentazione e</p>

	<p>presentazione e applicazione di protocolli sanitari elaborati dall'AUSL.</p> <p>Progettare un'azione formativa a sostegno di una migliore presa in carico, orientata al recupero delle capacità funzionali possibili e all'acquisizione di competenze professionali mirate al soddisfacimento di nuovi bisogni attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma</p>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p>Rispetto all'Obiettivo 1:</p> <p>Numero di posti di Casa Protetta nel Comune di Parma/popolazione &gt; 75 enne.</p> <p>Numero di posti di Casa Protetta negli altri quattro Comuni del Distretto/popolazione &gt; 75 enne.</p> <p>Numero persone in lista d'attesa per Casa Protetta nel Comune di Parma.</p> <p>Numero persone in lista d'attesa per Casa Protetta negli altri quattro Comuni del Distretto.</p> <p>Numero di accoglienze in servizi residenziali a tempo prolungato assicurate nei Comuni di residenza degli anziani.</p> <p>Rispetto all'Obiettivo 2:</p> <p>Verifica di efficacia degli strumenti introdotti nelle strutture residenziali e sperimentati.</p>			

	<p><b>Programma formativo e verifica della presenza dei contenuti formativi individuati come prioritari in programmi già in essere.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 3:</b></p> <p><b>Numero di accoglienze a tempo prolungato assicurate per tipologie di servizio residenziale.</b></p> <p><b>Numero di inserimenti di adulti e persone con patologia psichiatrica effettuati in strutture residenziali per anziani con progetti elaborati attraverso una valutazione non esclusivamente da parte dell'UVG ma con il contributo di specialisti (es psichiatra).</b></p>
--	---

<b>PROGETTO/INTERVENTO di QUALIFICAZIONE:</b>	
<b>Denominazione: INTERVENTI A SOSTEGNO DI COLORO CHE SOFFRONO DI DEMENZA, PER I LORO FAMILIARI E PER CHI LI CURA</b>	
Comune o forma associativa ex-art. 16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma- Struttura Operativa Anziani Responsabile Dr.ssa Lucia Bonetti indirizzo Largo Torello de Strada, 11/A cap 43100 Parma telefono 0521-218965 fax 0521-031718 e-mail <a href="mailto:l.bonetti@comune.parma.it">l.bonetti@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani affetti da demenza , per i loro familiari e per chi li cura</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005: - realizzazione di attività informative/formative rivolte alla cittadinanza sulle demenze - attivazione della "Snoezelen room" presso l'Unità Operativa di Geriatria - realizzazione dell'Assegno sociale nel Comune di Parma</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera, Cooperative Sociali, altri possibili fornitori facenti capo all'Albo dei soggetti accreditati, Associazioni di Volontariato, Enti di Formazione</b>

Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<p>1) Assicurare maggiori informazioni alla cittadinanza, consulenze alla famiglia e ai caregivers di persone affette da demenza, affinché possano affrontare nel modo più adeguato possibile le implicazioni della malattia per chi ne è colpito e per chi è coinvolto nel compito di cura.</p> <p>2) Assicurare maggiore integrazione tra i servizi socio-assistenziali ed i servizi sanitari, al fine di favorire la permanenza al domicilio di persone affette da demenza in condizioni di maggior benessere possibile per sé, per le famiglie e per i caregivers.</p> <p>3) Diversificare ulteriormente le opportunità presenti sul territorio, con attenzione particolare all'età adulta e alle prime fasi della malattia in cui occorrono contesti di vita "normali", ma nello stesso tempo tutelanti, stimolanti e favorenti occasioni di socializzazioni.</p> <p>4) Promuovere un'accoglienza mirata anche in contesti ospedalieri, al fine di favorire una degenza adeguata per la persona demente e per gli altri pazienti.</p> <p>5) Qualificare ulteriormente i servizi della rete, tramite azioni formative mirate sul campo e consulenze specifiche sui singoli casi, al fine di migliorare la capacità di accoglienza soprattutto in fasi iniziali della malattia e in fasi caratterizzate da gravi disturbi comportamentali e tramite la condivisione di esperienze specializzate già in atto.</p> <p>6) Favorire il mantenimento delle capacità cognitive residue e/o rallentare il processo</p>
---	--

	<p>involutivo della malattia soprattutto nelle fasi iniziali.</p>
Azioni previste	<p>Organizzare cicli di incontri informativi sulle problematiche legate alle demenze e sulle possibilità di aiuto istituzionali e del volontariato esistenti sul territorio, avvalendosi di operatori sociali e sanitari dei servizi pubblici territoriali e di altri attori coinvolti nel progetto. Organizzare incontri monotematici di approfondimento per la cittadinanza su aspetti rilevati come di particolare criticità.</p> <p>Monitoraggio del bisogno di interventi di cura e sostegno ad anziani e familiari e individuazione delle forme di aiuto necessarie.</p> <p>Organizzare interventi di sostegno ai familiari e ai caregivers attraverso azioni di tutoring domiciliare da parte di specialisti (es. psicologi), di RAA o di operatori addetti all'assistenza di base con comprovata esperienza.</p> <p>Individuazione di requisiti utili per la progettazione di momenti di socializzazione rivolti a persone adulte o anziane nelle prime fasi della malattia (es Caffè Alzheimer).</p> <p>Estendere in ambito distrettuale i gruppi di riattivazione cognitiva per i malati di lieve e di media gravità.</p> <p>Valutazione del fabbisogno formativo e progettazione di interventi mirati alla qualificazione del servizio, attraverso un gruppo tecnico individuato in ambito di Accordo di Programma</p> <p>Definire PAI integrati e favorirne</p>



	<p><b>l'implementazione nella rete dei servizi tramite il supporto del Consultorio per la diagnosi e la cura dei Disturbi Cognitivi.</b></p> <p><b>Favorire la permanenza a domicilio di persone affette da gravi disturbi comportamentali attraverso l'erogazione di assegni di cura e attraverso l'attivazione dei servizi della rete esistenti e la progettazione di servizi innovativi.</b></p>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	<p><b>non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali</b></p>			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p><b>Rispetto all'Obiettivo 1:</b></p> <p><b>Numero di incontri informativi organizzati.</b></p> <p><b>Numero di partecipanti agli incontri rivolti alla cittadinanza.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 2:</b></p> <p><b>Numero di PAI condivisi tra servizi sanitari e servizi sociali.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 3:</b></p> <p><b>Numero di assegni di cura attivati a sostegno di progetti per persone affette da demenza /numero assegni di cura erogati nell'anno.</b></p> <p><b>Numero di assegni sociali erogati.</b></p> <p><b>Stipula di convenzioni tra Istituzioni e Associazioni di Volontariato.</b></p> <p><b>Numero di PAI in cui sono coinvolti sia i servizi sociali sia il volontariato.</b></p>			

	<p><b>Numero di PAI in cui sono coinvolti sia servizi sanitari sia il volontariato.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 4:</b> <b>Progetti di servizi innovativi.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 5:</b> <b>Numero di interventi di tutoring domiciliare realizzati.</b></p> <p><b>Valutazione del livello di gradimento espresso dalla cittadinanza e dalle famiglie e dai caregivers che hanno usufruito sia di attività formative che di tutoring domiciliare</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 6:</b> <b>Progetti di servizi innovativi.</b></p>
--	---

<b>PROGETTO/INTERVENTO di QUALIFICAZIONE:</b>	
<b>Denominazione: TUTELA DELL'ANZIANO IN SITUAZIONI DI FRAGILITA' E DI ISOLAMENTO</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma- Struttura Operativa Anziani Responsabile Dr.ssa Lucia Bonetti indirizzo Largo Torello de Strada, 11/A cap 43100 Parma telefono 0521-218965 fax 0521-031718 e-mail <a href="mailto:l.bonetti@comune.parma.it">l.bonetti@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani autosufficienti e con parziale riduzione di autonomie</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>Sì Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005: Realizzazione di corsi di attività motoria nel Comune di Parma Consolidamento degli spazi collettivi nel Comune di Parma Consolidamento di iniziative autogestite da anziani o Associazioni di volontariato e di iniziative culturali gratuite organizzate dal Comune di Parma Mantenimento dello spazio di auto-mutuo- aiuto di V.le Vittoria del Comune di Parma Attuazione del Piano emergenza caldo</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani, A.USL, Azienda Ospedaliera,</b>

	Cooperative Sociali e altri possibili fornitori facenti capo all'Albo dei soggetti accreditati, Associazioni di Volontariato
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<p>1) Favorire una maggiore partecipazione attiva di anziani autosufficienti a momenti aggregativi e di tipo culturale sul territorio.</p> <p>2) Favorire il coinvolgimento di anziani autosufficienti e con parziale riduzione di autonomie (es motorie o sensoriali) ad attività di aggregazione e di socializzazione al fine di prevenire/contrastare rischi di isolamento e solitudine.</p> <p>3) Consolidare e sviluppare spazi ed attività per l'incontro e la socializzazione per anziani con gradi di non autosufficienza lieve, in cui possano essere assicurati altresì tutela ed interventi a carattere assistenziale.</p> <p>4) Creare condizioni di tutela e sicurezza per anziani fragili, anche attraverso azioni di prevenzione, monitoraggio e verifica da parte sia dei servizi sociali che di quelli sanitari.</p>
Azioni previste	<p>Qualificazione e diversificazione delle proposte di attività motoria a prevenzione di situazioni di fragilità o isolamento.</p> <p>Consolidamento nel Comune di Parma degli spazi collettivi e diversificazione della partecipazione in risposta ai bisogni dei singoli anziani.</p> <p>Mappatura, promozione e sostegno di forme aggregative autogestite dagli anziani o da Associazioni di Volontariato.</p> <p>Promozione di iniziative culturali rivolte alla popolazione anziana di tipo gratuito.</p> <p>Conferma dello spazio di auto-mutuo-aiuto di</p>

	<p><b>Viale Vittoria nel Comune di Parma.</b></p> <p><b>Definizione e mappatura di anziani a rischio e successiva individuazione di interventi di tutela e supporto.</b></p> <p><b>Individuazione di un educatore con funzioni di mediatore di comunità per gli alloggi ACER dislocati nei Comuni di Sorbolo e Mezzani.</b></p> <p><b>Definizione di un progetto per il monitoraggio di casi di recente dimissione ospedaliera con follow up assicurato da specialisti ospedalieri e/ tramite accoglienza in Day Hospital</b></p> <p><b>Monitoraggio dell'applicazione del Regolamento per la vigilanza nelle Strutture residenziali per anziani con numero di ospiti fino ad una massimo di sei denominate "Case Famiglia"</b></p>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p><b>Rispetto all'Obiettivo 1:</b></p> <p><b>Numero di anziani del comparto di Vle Vittoria e residenti nel quartiere Oltretorrente Molinetto che frequentano lo spazio di atomutuo-aiuto di Vle Vittoria.</b></p> <p><b>Numero di persone iscritte a corsi di attività motoria.</b></p> <p><b>Numero e tipologia di iniziative aggregative e culturali di tipo gratuito.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 2:</b></p>			

	<p><b>Numero di persone accolte in spazi collettivi.</b></p> <p><b>Numero di persone che usufruiscono dei soggiorni climatici con il supporto di personale assistenziale e di tutela.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 3:</b></p> <p><b>Tipologia di attività proposte agli anziani negli spazi collettivi.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 4:</b></p> <p><b>Elaborazione di un progetto per il monitoraggio di casi di recente dimissione ospedaliera con follow up assicurato da specialisti ospedalieri e/ tramite accoglienza in Day Hospital.</b></p> <p><b>Mappatura Case Famiglia.</b></p> <p><b>Numero anziani valutati dall'A.USL per l'accesso e durante la permanenza.</b></p> <p><b>Numero sopralluoghi.</b></p>
--	---



<b>PROGETTO/INTERVENTO di INNOVAZIONE:</b>	
Denominazione: <b>ASSEGNO SOCIALE: PROGETTO SOCIALE SPERIMENTALE RIVOLTO AD ANZIANI ED ADULTI AFFETTI DA FORME CERTIFICATE DI DEMENZA ASSISTITI AL DOMICILIO DA ASSISTENTI FAMILIARI PRIVATE REGOLARMENTE ASSUNTE</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma-Struttura Operativa Anziani</b> <b>Responsabile Dr.ssa Lucia Bonetti</b> <b>indirizzo Largo Torello de Strada, 11/A</b> <b>cap 43100 Parma</b> <b>telefono 0521-218965 fax 0521-031718</b> <b>e-mail <a href="mailto:l.bonetti@comune.parma.it">l.bonetti@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani ed adulti non autosufficienti affetti da forme certificate di demenza e residenti nel Comune di Parma, assistiti al proprio domicilio da assistenti familiari private regolarmente assunte.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>No</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Comune di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Consultorio per la Diagnosi e la Cura dei Disturbi Cognitivi del Distretto di Parma, Unità Operativa di Geriatria del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria.</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Sostenere la domiciliarità di persone affette da demenza, sia adulte che anziane, attraverso l'erogazione di specifica misura economica.</b> <b>2) Promuovere la regolarizzazione della situazione lavorativa delle assistenti familiari private, anche</b>

	<p>in coerenza con gli accordi sindacali vigenti.</p> <p>3) Inserire il lavoro di cura privato all'interno della più ampia rete di interventi comunali finalizzati al sostegno delle famiglie e al supporto e crescita professionale delle assistenti familiari.</p> <p>4) Promuovere il supporto alla famiglia da parte della più ampia rete territoriale anche tramite il collegamento con le realtà del privato sociale e con reti informali.</p>
Azioni previste	<p>Erogare un contributo economico mensile in base all'accordo stipulato tra famiglia e Struttura Operativa Anziani, accordo vincolato a quanto previsto dal Progetto Assistenziale Individualizzato, definito dall'Assistente Sociale e condiviso con la famiglia stessa e al perdurare delle condizioni socio-sanitarie che lo hanno determinato.</p> <p>Monitorare la permanenza al domicilio della persona affetta da demenza, al fine di favorire per la persona stessa e i suoi familiari una qualità di vita adeguata.</p> <p>Sostenere al domicilio prioritariamente le situazioni caratterizzate dalla presenza di disturbi comportamentali e maggiore riduzione funzionale, gli anziani soli o in coppia o con rete familiare inadeguata, il familiare/caregiver con elevati livelli di stress, le persone che non fruiscono di altri servizi della rete, ad eccezione del Servizio di assistenza domiciliare.</p> <p>Assicurare la consulenza tecnico-operativa della Struttura Operativa Anziani e/o facilitare la partecipazione dell'assistente familiare ad iniziative di aggiornamento e formazione.</p> <p>Monitorare i requisiti per l'accesso alla misura e i</p>

	<b>criteri di priorità al fine di verificarne l'efficacia.</b> <b>Monitorare le dimensioni del fenomeno demenze e del lavoro di cura tramite assistenti familiari private regolarmente assunte anche attraverso questa specifica misura innovativa attivata.</b>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	€ 125.000,00		€ 125.000,00	
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<b>Rispetto all'Obiettivo 1:</b> <b>Numero assegni sociali erogati.</b> <b>Numero assegni sociali erogati a favore di anziani &gt;65 enni.</b> <b>Numero assegni sociali erogati a favore di adulti affetti da demenza.</b> <b>Durata dell'attivazione dei singoli PAI e dei relativi contributi.</b> <b>Numero assegni sociali rinnovati.</b> <b>Numero assegni sociali non erogati.</b> <b>Motivi legati alla non erogazione dell'assegno sociale.</b>  <b>Rispetto all'Obiettivo 2:</b> <b>Numero assegni sociali con entità del contributo economico di 1° livello.</b> <b>Numero assegni sociali con entità del contributo economico di 2° livello.</b>  <b>Rispetto all'Obiettivo 3:</b> <b>Numero utenti che beneficiano di altri servizi della rete.</b> <b>Numero di interventi di tutoring domiciliare assicurati dalla Struttura Operativa Anziani a</b>			

	<p><b>favore delle assistenti familiari straniere.</b></p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 4:</b> <b>Numero di PAI con interventi dell'Associazionismo e/o del privato sociale.</b></p>
--	--

<b>PROGETTO/INTERVENTO di INNOVAZIONE:</b>	
Denominazione: <b>A CASA SICURI: IL NUOVO SERVIZIO DI PROTEZIONE SOCIALE</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Comune di Parma- Struttura Operativa Anziani Responsabile Dr.ssa Lucia Bonetti indirizzo Largo Torello de Strada, 11/A cap 43100 Parma telefono 0521-218965 fax 0521-031718 e-mail <a href="mailto:l.bonetti@comune.parma.it">l.bonetti@comune.parma.it</a></b>
Destinatari	<b>Anziani, adulti con patologie assimilabili all'età geriatrica, disabili, adulti in temporanea difficoltà fisico-motoria dovute a problematiche a prevalente valenza sanitaria certificata residenti nel Comune di Parma.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>No</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Comune di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Comune di Parma, Cooperative Sociali, altri soggetti del privato sociale.</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>1) Offrire maggiore sicurezza e tutela della persona, considerando che il controllo ambientale è funzionale al benessere dell'interessato. Monitorare aspetti sociali, sanitari e della sicurezza personale. 2) Favorire la permanenza degli anziani il più a lungo possibile nel proprio domicilio, conservando loro una buona qualità di vita e, in particolare, uno stato di tranquillità e</b>

	<p>sicurezza che consenta loro il mantenimento di positive relazioni, assicurando un supporto di fiducia e serenità alla percezione soggettiva di insicurezza e fragilità.</p> <p>3) Far fronte alle condizioni connesse all'età anziana e alla non autosufficienza di minor sicurezza oggettiva o percepita nella quotidiana gestione della casa, riduzione della rete parentale ed amicale, maggiori necessità sanitarie ed esigenze assistenziali.</p>
Azioni previste	<p>Organizzare Portinerie Sociali che presidiano porzioni di territorio comunale e vigilano sullo stato di criticità delle persone assistite per tutti i giorni dell'anno e per tutto l'arco delle 24 ore, attraverso l'impiego di tecnologie e dispositivi collocati negli alloggi.</p> <p>Assicurare una conoscenza diretta tra gli operatori della Portineria Sociale ed ogni utente assistito.</p> <p>Sperimentare tecnologie altamente innovative e che non richiedano interventi strutturali per la loro installazione.</p> <p>Definire e monitorare protocolli operativi per fronteggiare le situazioni di criticità, anche in collaborazione con altri partner Istituzionali.</p> <p>Assicurare direttamente interventi urgenti a carattere socio-assistenziale negli alloggi collegati.</p> <p>Collaborare con i soggetti Istituzionali preposti ad affrontare e risolvere le situazioni di criticità fisica o ambientale delle persone assistite.</p> <p>Supportare le persone non solo nell'affrontare le emergenze, ma anche nelle esigenze legate</p>

	alla quotidianità (es. ricordare le terapie), attraverso la possibilità di relazionare 24 su 24 con operatori sociali professionali.			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p><b>Rispetto all'Obiettivo 1:</b>            Numero utenti allacciati.            Numero utenti adulti.            Numero utenti disabili.            Numero utenti con dispositivi di tipo A, B, C.            Durata dell'attivazione del servizio.            Numero servizio non erogato e motivi della mancata erogazione.</p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 2:</b>            Numero utenti anziani &gt;65 anni.            Numero utenti &gt; 80 anni.            Numero utenti anziani soli o con rete familiare inadeguata.</p> <p><b>Rispetto all'Obiettivo 3:</b>            Percentuale operatori sociali professionali formati.            Interventi formativi assicurati a favore del soggetto gestore.            Numero di interventi d'emergenza effettuati direttamente o in collaborazione con altri soggetti preposti.</p>			
	Numero utenti che beneficiano di altri servizi della rete. Tempo medio di attivazione del servizio.			



<b>PROGETTO/INTERVENTO di INNOVAZIONE:</b>	
Denominazione: <b>SNOEZELN ROOM: ACCOGLIENZA DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA IN CONTESTI OSPEDALIERI</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di progetto o del Programma finalizzato	<b>Comune di Parma</b>
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	<b>Responsabile del progetto: Azienda Ospedaliera Responsabile: Dr.ssa Maria Lia Lunardelli indirizzo : UO Geriatria – padiglione Cattani Via Gramsci, 14 cap. 43100 Parma telefono :0521-703313 e-mail : <a href="mailto:llunardelli@ao.pr.it">llunardelli@ao.pr.it</a></b>
Destinatari	<b>Malati di demenza complicata da BPSD (sintomi psicotici e comportamentali). Tale metodologia di intervento verrà inizialmente applicata a pazienti ricoverati in contesti ospedalieri e potrà costituire un riferimento per l'applicazione in altri contesti assistenziali.</b>
Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<b>No</b>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<b>Azienda Ospedaliero –Universitaria di Parma, Facoltà di psicologia Università di Parma, Consultorio Demenze Azienda USL, Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, AIMA.</b>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<b>Il progetto riguarda l'utilizzo della stimolazione multisensoriale (il colore, la musica , gli aromi e le immagini) attraverso una stanza attrezzata "snoezelen room" in</b>

	<p>persone affette da demenza e gravi sintomi comportamentali, quali l'agitazione, l'insonnia la depressione e l'apatia. Lo scopo è di favorire la capacità di relazionarsi e interagire con gli altri e di ridurre gli stati di agitazione favorendo il rilassamento e il riposo. Questa strategia assistenziale assume particolare valore laddove i farmaci neurolettici non sono più efficaci o controindicati per i pesanti effetti collaterali che li caratterizzano. Il progetto si integra nell'area di intervento della qualificazione della rete dei servizi per la demenza sia a livello ospedaliero che delle cure residenziali e semiresidenziali e domiciliari (Progetto Regionale Demenze). In particolare questo nuovo approccio alla gestione del paziente con demenza, rappresenta un laboratorio per la ricerca e la formazione multiprofessionale (operatori sanitari, sociali e psicologi) per sviluppare nuove strategie di assistenza realizzabili anche in altri nodi della rete dei servizi. Con la valorizzazione di tali interventi si intende inoltre rispondere anche ai bisogni di qualità della vita sia del paziente che del caregiver .</p>
Azioni previste	<p>1) Percorso di Formazione sul campo di Operatori dell'assistenza sia dell'azienda ospedaliera che di altri servizi.</p> <p>2) Sperimentazione e raccolta dati sull'efficacia della stimolazione multisensoriale</p>

Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	non determinato a priori e compreso negli stanziamenti ordinari dei bilanci Comunali			
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	Evidenza e risultati della FSC (partecipanti, valutazioni, documenti prodotti) Produzione di un report sulla casistica trattata			

#### 6.4 Progetti del programma finalizzato

##### ***“Assegno di cura per anziani e disabili”***

<b>PROGETTO/INTERVENTO di SVILUPPO:</b>	
Denominazione: <b>ASSEGNO DI CURA</b>	
Comune o forma associativa ex-art.16 L.R.2/03 capofila di	Comune di Parma
Responsabile del progetto/programma: nominativo e recapiti	Responsabile del progetto: Servizio Assistenza Anziani del Distretto di Parma Responsabile Dr Davide Caravaggi indirizzo Borgo degli Studi, 4 cap 43100 Parma telefono 0521-228018 fax 0521-224051 e-mail <a href="mailto:saa@comune.parma.it">saa@comune.parma.it</a>
Destinatari	Il progetto è finalizzato al sostegno alle famiglie che mantengono nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente o l'adulto con patologie assimilabili a quelle geriatriche, evitando o posticipando in tal modo il ricovero nei servizi socio-sanitari residenziali e facilitando il rientro al domicilio a seguito di dimissioni ospedaliere difficili.

Specificare se è in continuazione di un progetto dell'anno precedente	<p><b>Sì</b></p> <p><b>Stato di attuazione dei progetti inseriti nel Piano Attuativo 2005:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione e sperimentazione di strumenti a supporto della valutazione e del nuovo PAI</li> <li>- Erogazione maggiore di assegni di livello assistenziale più elevato</li> <li>- Aumento del numero di contratti con durata superiore ad un anno a sostegno della continuità assistenziale</li> <li>- Elaborazione di una griglia di rilevazione delle situazioni ritenute prioritarie</li> </ul>
Ambito territoriale di realizzazione	<b>Distretto di Parma</b>
Istituzioni/attori sociali coinvolti	<p><b>Comune di Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile e Mezzani</b></p> <p><b>Altri soggetti coinvolti: A.USL, Servizio Assistenza Anziani, Associazioni di Volontariato, Comitati Anziani, Sindacati dei Pensionati</b></p>
Obiettivi del progetto (anche eventuali integrazioni con altre aree d'intervento)	<p><b>Impegno diretto dei Comuni, in collaborazione con l'Azienda USL, per la verifica delle modalità di concessione e di controllo dell'assegno di cura per anziani previsto dalla L.R. n. 5/94 e dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 1377/99; le risorse assegnate sono volte all'ampliamento dei beneficiari di questa misura di intervento, in modo particolare per quanto attiene:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) un maggior utilizzo di assegni relativi al livello assistenziale più elevato (A);</b></li> <li><b>2) una maggior garanzia di continuità degli interventi per i soggetti che mantengono le condizioni che hanno motivato l'intervento di sostegno economico.</b></li> </ol>
Azioni previste	<p><b>Programmare un'azione informativa, congiunta tra le Istituzioni e gli attori sociali coinvolti, mirata alla conoscenza di questa risorsa della rete dei servizi alla luce della direttiva del 2005 e delle modalità di gestione previste dal relativo Regolamento.</b></p>

	<p>Assicurare la prosecuzione della sperimentazione finalizzata a verificare l'efficacia degli strumenti individuati nella definizione di progetti assistenziali individualizzati elaborati nel rispetto dei criteri di priorità previsti dal nuovo Regolamento, nell'ottica di una omogeneizzazione a livello Distrettuale.</p> <p>Utilizzare maggiormente gli assegni relativi al livello assistenziale più elevato</p> <p>Assicurare la massima continuità possibile dell'intervento di sostegno economico in relazione al Progetto Assistenziale Individualizzato elaborato e all'applicazione dei criteri di priorità previsti dal Regolamento, anche in rapporto alle nuove situazioni che necessitano di attivazione.</p> <p>Raccolta ed analisi dati sulle situazioni ritenute prioritarie in base al Regolamento, al fine di valutare eventuali integrazioni di tali criteri.</p> <p>Monitoraggio dell'andamento dell'uso della risorsa e confronto con i diversi Organismi Istituzionali e le Organizzazioni Sindacali.</p>			
Piano finanziario:	Costo totale previsto	Quota regionale	Quota comunale	Eventuale quota di altri soggetti da specificare
	€ 1.386.962,00	€ 190.708,00	€ 41.460,00	€ 1.154.794,00 (Ausl)
Indicatori per il monitoraggio/valutazione	<p>Rispetto all'obiettivo 1:</p> <p>Numero assegni di cura erogati nell'anno e differenziati per livelli.</p> <p>Raccolta dati relativi agli assegni di cura di livello B o C diventati A.</p> <p>Numero assegni di cura erogati a favore della popolazione adulta &lt; 65 anni con patologie assimilabili a quelle geriatriche/numero assegni di cura erogati.</p>			

	<p><b>Numero assegni di cura erogati a favore della popolazione anziana tra i 65 anni e i 74 anni/numero assegni di cura erogati.</b></p> <p><b>Numero assegni di cura erogati a favore della popolazione anziana = &gt;75/numero assegni di cura erogati.</b></p> <p><b>Numero assegni di cura erogati direttamente dall'A.USL.</b></p> <p><b>Rispetto all'obiettivo 2:</b></p> <p><b>Numero nuovi assegni attivati nell'anno/numero assegni erogati distinti per fascia di età.</b></p> <p><b>Numero assegni rinnovati dal 2005 e durante il 2006.</b></p> <p><b>Numero di assegni non concessi per non sussistenza dei requisiti o per mancanza di risorse economiche.</b></p> <p><b>Verifica dell'efficacia degli strumenti utilizzati nella valutazione multidimensionale, finalizzata alla definizione di progetti assistenziali individualizzati elaborati nel rispetto dei criteri di priorità previsti dal nuovo Regolamento.</b></p> <p><b>Numero di situazioni con compresenza di altri servizi.</b></p> <p><b>Numero assegni erogati per tipologia di priorità distinti per fascia di età.</b></p> <p><b>Numero assegni concessi a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>- familiari</b></li><li><b>- altri caregiver</b></li><li><b>- anziani/adulti stessi</b></li><li><b>- amministratore di sostegno.</b></li></ul> <p><b>Numero assegni di cura a favore di situazioni con assistente familiare.</b></p>
--	---



**ALLEGATO 3**
**Gruppo di lavoro “La Rete”  
per l’adeguamento degli interventi di tutela socio-sanitaria  
a favore degli anziani**
**Composizione gruppo di lavoro:**

COMUNE DI PARMA	DR.SSA LUCIA BONETTI coordinamento
COMUNE DI PARMA	A.S. MARA SANFELICI
AZIENDA U.S.L	DOTT.SSA FRANCESCA ZENNARO
SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI	DOTT. DAVIDE CARAVAGGI
IPAB IRAIA	DOTT.SSA LUDOVICA FERRARINI (DR.SSA SILVANA AZZOLINI)
AZIENDA OSPEDALIERA	DOTT. PIETRO VITALI

**Incontri realizzati:**

- incontro n. 1 del 01/06/2006  
Presenti: Bonetti, Caravaggi, Sanfelici, Zennaro
- incontro n. 2 dell' 08/06/2006  
Presenti: Bonetti, Caravaggi, Zennaro
- incontro n. 3 del 27/06/2006  
Presenti: Bonetti, Caravaggi, Sanfelici, Vitali, Zennaro
- incontro n. 4 del 06/07/2006  
Presenti: Azzolini, Bonetti, Caravaggi, Sanfelici, Zennaro
- incontro n. 5 del 20/07/2006  
Presenti: Bonetti, Caravaggi, Ferrarini, Sanfelici, Zennaro
- incontro n. 6 del 26/07/2006  
Presenti: Bonetti, Caravaggi, Ferrarini, Sanfelici, Vitali
- incontro n. 7 del 29/08/2006  
Presenti: Bonetti, Caravaggi, Ferrarini, Sanfelici

**Obiettivo del gruppo di lavoro**

Condurre un'analisi sull'offerta dei servizi della rete socio-sanitaria e un'indagine parallela sui bisogni (soddisfatti, inevasi, emergenti). Il relativo rapporto informativo verrà utilizzato come riferimento per l'aggiornamento dell'Accordo di Programma, coerentemente con gli obiettivi strategici della programmazione individuati dal Piano di Zona 2005-2007.

**Modalità di analisi (griglia di riferimento):**

1. Individuazione delle risorse esistenti nella rete socio-sanitaria (servizi, progetti, protocolli)
2. Rilevazione delle criticità relative alle risorse esistenti



3. Rilevazione di bisogni emersi/emergenti
4. Formulazione di proposte utili alla programmazione

### Step 1 – Individuazione delle risorse

#### **a) Analisi Documentale (inter-Istituzionale e specifica dei singoli Enti):**

Strumenti di riferimento per la programmazione

- Piano di Zona triennio 2005-2007
- Accordo di Programma 2004
- Relazioni previsionali e programmatiche 2006
- PAL 2005-2007 (A.USL)
- Piano della Azioni 2006 (A.USL)
- ..... (Az. Ospedaliera)
- ..... (IRAIA)

#### **b) Elenco delle risorse/protocolli e Regolamenti esistenti (inter-Istituzionali e specifici dei singoli Enti):**

##### Protocolli operativi:

- Protocollo sulle dimissioni difficili 2002
- Protocollo sull'accesso ai servizi residenziali 1997
- Piano d'intervento su emergenza caldo 2006
- Progetto sperimentale assegno sociale 2005
- .....

##### Regolamenti:

- case famiglia 2006
- assegno di cura 2005
- accesso alle case protette 1994
- assistenza domiciliare integrata
- .....

##### Dati:

- Debiti informativi per Regione Emilia Romagna:
  - SIPS (Comuni)
  - Progetto regionale Demenze (A.USL)
  - DGR n. 1377/99 (Comuni, SAA, A.USL)
  - DGR n. 1378/99 (SAA, A.USL, Case Protette convenzionate)
  - .....(A.Ospedaliera)

#### **c) Elenco e descrizione, attraverso dati quantitativi e qualitativi, dei servizi/risorse attivi nella rete socio-sanitaria**

I dati raccolti sono relativi a: offerta, lista d'attesa, note organizzative, parametri riferimento sul personale impiegato, orari copertura servizio, dislocazione della sede (si veda scheda proposta per descrizione quali-quantitativa delle risorse).

Servizi del **Comune di Parma**: assistenza domiciliare, assegni di cura, centri diurni, case protette, RSA, comunità alloggio, alloggi con servizi, spazi collettivi, assegno sociale, telesoccorso, A casa

sicuri, assistenza economica, consulenza alle famiglie e alle assistenti familiari nel lavoro di cura al domicilio.

Servizi dei **Comuni del Distretto di Parma**: assistenza domiciliare, assegno di cura, centro diurno, case protette, telesoccorso.

Servizi **A.USL**: medicina generale (medici di famiglia), assistenza sanitaria domiciliare integrata, continuità assistenziale (Guardia medica), specialistica ambulatoriale, dialisi, medicina riabilitativa territoriale, assistenza protesica ed integrativa, assistenza sanitaria strutture residenziali e semiresidenziali, assistenza farmaceutica, assistenza psichiatrica, sportelli unici per l'accesso (ex CUP)

Servizi **A.Ospedaliera**: .....

## **Step 2 - Analisi criticità**

(metodo: brainstorming, discussione nel gruppo di lavoro)

### **1. Criticità rilevata: *Difficoltà a tradurre in pratica un approccio di lavoro integrato***

La riflessione del gruppo sulle motivazioni che ostacolano una modalità di lavoro integrato ha portato ad evidenziare alcune criticità e proposte relative ad ambiti differenti:

#### **1.1) Gestione della comunicazione e delle informazioni**

- scambio comunicativo tra Enti (Comune, A.USL, Az. Ospedaliera,...) es. sui servizi attivati.
- diffusione dell'informazione all'interno delle stesse organizzazioni, anche relativamente ai progetti attivati /da attivare.

#### **Proposta:**

necessità di costruire un sistema informativo aggiornato e condiviso sulle tipologie e le modalità di funzionamento dei servizi socio-sanitari erogati da Comuni, A.USL, Az Ospedaliera, Terzo Settore, (si veda Progetto Sportello Socio-Sanitario).

#### **1.2) Valutazione e presa in carico integrata delle persone con patologia psichiatrica**

Nel caso di anziani affetti da patologie psichiatriche, la difficoltà a costruire in pratica un lavoro d'equipe, che veda affiancati i diversi professionisti (sanitari e sociali: psichiatra, geriatra, infermiere, assistente sociale, neurologo...), si evidenzia nelle diverse fasi d'intervento:

##### **A) Fase della diagnosi/valutazione iniziale:**

l'attivazione di percorsi di valutazione integrati tra servizi psichiatrici e servizi dedicati ad un'utenza di tipo geriatrico (Uvg, Consultorio per le demenze, reparti ospedalieri,...) è spesso difficoltosa.

##### **B) Fase della presa in carico:**

- *Comunicazione tra i servizi*: le modalità di interazione tra servizi territoriali (sociali e sanitari: servizio psichiatrico territoriale, servizio anziani, UVG, ..) e servizi di secondo livello (ospedalieri) sono prevalentemente lasciate alla volontà o alle prassi costruite dai singoli operatori.

- *Cultura e organizzazione dei servizi*: le pratiche lavorative dei servizi di secondo livello sono prevalentemente organizzate per affrontare i problemi in fase di acuzie, fino alla formulazione di diagnosi/prognosi. I casi affetti da patologie cronico-degenerative e le situazioni multiproblematiche (in particolare quelle dove si rende evidente una componente psichiatrica) richiedono una presa in carico globale e continuativa e l'intervento degli specialisti dovrebbe accompagnare e supportare la definizione e la realizzazione del progetto assistenziale. E' necessario che lo specialista entri nel merito della definizione del progetto, nella valutazione delle risorse attivabili e adeguate a sostenerlo e nella valutazione in itinere, per dare supporto e indicazioni agli operatori 'sul campo'. Ciò comporta parallelamente la necessità di una chiara definizione dei compiti dei vari attori coinvolti e l'individuazione di un case-manager che 'tenga le fila' del percorso.

C) Attivazione dei servizi specialistici per ottenere *consulenza in caso di emergenza* o in fase acuta della malattia cognitiva: si rileva scarsa chiarezza all'interno della rete dei servizi sui rispettivi ambiti di attivazione dei servizi psichiatrici e dei servizi a supporto delle persone affette da demenza (geriatri, neurologi,...). Nelle situazioni di emergenza (es: gravi disturbi comportamentali in pazienti ospiti di casa protetta o in carico alla rete dei servizi domiciliari) si attiva più spesso la consulenza del servizio psichiatrico: ciò è più legato ad una motivazione temporale (il servizio psichiatrico si attiva anche in via urgente, mentre il Consultorio per i disturbi cognitivi ha significative liste d'attesa), che ad una chiara valutazione del bisogno (e' in atto un protocollo sperimentale aziendale per il corretto utilizzo degli antipsicotici che prevede un percorso valutativo-terapeutico integrato csm-consultorio ). Non è previsto un reparto ospedaliero dedicato alla fase acuta della malattia (demenza): i casi particolarmente gravi, non più gestibili nella rete dei servizi territoriali, sono inviati ai servizi ospedalieri psichiatrici.

#### **Proposte:**

- strutturare percorsi integrati (protocollo tra i servizi coinvolti) che rendano effettivamente possibile un progetto di accompagnamento a domicilio e nelle rete dei servizi continuativo per persone adulte ed anziane affette da patologia psichiatrica. Occorre una definizione progettuale condivisa e contestualizzata, che vada oltre la valutazione clinica e farmacologica e che preveda con chiarezza di chi è la titolarità del progetto e chi è tenuto a collaborare e come nelle diverse fasi.  
A questo proposito appare necessario prevedere (Protocollo tra Enti) la costituzione di un'equipe multidisciplinare per la valutazione e la presa in carico della situazione, all'interno della quale l'Unità di Valutazione Geriatrica funga da raccordo tra le diverse figure professionali coinvolte.
- Rafforzare il ruolo del Consultorio per i disturbi cognitivi all'interno della rete dei servizi, riconoscendo la funzione di punto di riferimento non solo per i pazienti, i familiari dei pazienti, ma anche per gli operatori dei servizi, attivabile in tempi contenuti (già attivo ).
- creare un nucleo ospedaliero specializzato per persone affette da demenza in fase di agitazione psico-motoria o con gravi disturbi comportamentali, al fine di evitare/contenere ricoveri in strutture/cliniche psichiatriche.

### **1.3) Il ruolo dei MMG nelle fasi di valutazione e presa in carico congiunta dell'anziano.**

Si tratta di ridefinire in modo condiviso la collaborazione tra Medico di Base e, in particolare, il Servizio Sociale territoriale, nonché con i Servizi Sanitari specialistici, nella fase di valutazione del bisogno sino all'attuazione di un progetto di sostegno e di cura all'anziano e/o alla sua rete familiare.

#### 1.4) Difficoltà a rendere effettiva una lettura bio-psico-sociale dei bisogni dell'utenza

Si fa riferimento in particolare ad un'utenza 'debole' (anziani soli, non conosciuti ai servizi, che hanno difficoltà di accesso, senza rete familiare/amicale di supporto,...). Più in particolare, si evidenzia la difficoltà ad intercettare/rilevare/monitorare i bisogni sociali e assistenziali degli anziani "soli" che accedono ai servizi ambulatoriali o di Pronto Soccorso (si tratta di situazioni che, non avendo un contatto prolungato con il servizio sanitario, non possono essere conosciute nella loro complessità).

##### **Proposta:**

- creare a livello operativo (nelle prassi lavorative quotidiane) modalità di lavoro che integrino risorse del sociale e del sanitario, per garantire una lettura complessa dei bisogni delle persone; ciò potrebbe essere realizzato attraverso:

- la presenza "sul campo" di personale professionale o volontario, adeguatamente formato, per la rilevazione di informazioni essenziali sulla situazione sociale dei casi che accedono ai servizi ambulatoriali /Pronto Soccorso
- scheda per la rilevazione di informazioni sociali (che integri i dati ora raccolti esclusivamente sulla situazione sanitaria)
- monitoraggio e analisi dei dati sugli accessi ai servizi ambulatoriali/Pronto Soccorso/guardia medica
- percorsi (anche informatizzati) che rendano effettivo il passaggio al territorio (servizi sociali, MMG) delle informazioni rilevate, per consentire una eventuale successiva presa in carico
- 'sensibilizzazione' (formazione ad hoc?) del personale sanitario (MMG, guardia medica, ..) che entra in contatto con anziani a rischio (in ambulatorio o a domicilio) affinché sia in grado di riconoscere e segnalare la necessità di presa in carico dei bisogni sociali.

#### **2. Criticità rilevata: *percorsi deboli e non istituzionalizzati sulla valutazione della qualità dei servizi offerti***

##### **Proposta:**

-necessità di costruire modalità condivise per analizzare l'impatto dell'offerta dei servizi rispetto alla soddisfazione dei bisogni.

- necessità di investire sulla formazione e la qualificazione del lavoro degli operatori professionali (Esempio discusso: problemi legati alle conseguenze dell'istituzionalizzazione e all'attuale impossibilità di differenziare gli ingressi in base alle caratteristiche dell'utenza inserita in casa protetta → costruire e/potenziare servizi innovativi, tra cui, soprattutto nei Comuni della subzona del Distretto, alloggi con servizi, comunità alloggio,...)

- necessità di condurre in maniera sistematica - anche a livello locale - un'analisi di tipo sociologico dei dati in possesso di ciascun Ente, ai fini di rilevare i bisogni emergenti e supportare la programmazione (es: sono quadruplicate negli ultimi 5 anni il numero di Peg : quali conseguenze per le famiglie/servizi che si fanno carico dell'assistenza domiciliare/residenziale?)



### 3. Criticità rilevata: *difficoltà a garantire tutela sanitaria e assistenziale continuativa agli anziani soli*

#### **Proposta:**

necessità di strutturare percorsi socio-sanitari integrati che rendano effettivamente possibile un progetto assistenziale continuativo a domicilio. Problemi da analizzare: chi garantisce cure infermieristiche necessarie (es: somministrazione insulina)? Se necessario attivare la presenza di assistente familiare, come/dove reperire la risorsa e garantire lavoro qualificato (banca dati,...)?

### 4. Risorse di Casa Protetta/RSA

#### **Analisi delle criticità relative alle risorse di Casa Protetta/RSA**

- A) *Offerta di posti in Casa protetta:* carente sul Comune di Parma. (nuove risorse nel 2006: ulteriori 11 posti nelle strutture di Sorbolo e Colorno e 5 nel Comune di Parma; nel 2007 è prevista l'attivazione di nuova struttura a Vigatto con l'assegnazione di n 40 quote).
- B) *Programmazione dell'offerta relativa ai posti in RSA:* occorre verificare l'ipotesi avanzata di riduzione del numero dei posti di RSA, anche alla luce della possibilità che sui medesimi, riservati al Comune di Parma, vengano accolti anziani provenienti da tutti i Comuni del Distretto di Parma. Occorre inoltre considerare se l'eventuale trasformazione dei posti di RSA possa comportare l'aumento dei posti di Casa Protetta (data la disparità del costo giornaliero e il conseguente risparmio) o se le risorse verranno destinate ad altri progetti.
- C) *Assegnazione di posti di RSA.* I posti attualmente disponibili hanno l'obiettivo di garantire una tutela sanitaria più significativa (ad esempio attraverso la presenza continuativa dell'infermiere professionale, come prevede la normativa) nell'ambito di un progetto temporaneo, concordato tra i servizi sociali, sanitari e l'ospite e la sua famiglia. Tale progetto deve essere motivato da particolari esigenze sanitarie ed assistenziali (es: necessità di monitoraggio dopo la degenza ospedaliera, necessità riabilitative, ...), prevedere il monitoraggio costante degli obiettivi che si propone e la valutazione dei tempi per il raggiungimento degli obiettivi. Accade di fare anche un uso della risorsa di RSA motivato da: - necessità di sopperire alla carenza di posti di casa protetta; - difficoltà a costruire un progetto condiviso con i familiari, che consideri la temporaneità della risorsa; - necessità di verificare e ricondividere i criteri per l'ingresso e la permanenza in RSA.
- D) *assistenza sanitaria in casa protetta.* Nelle ore notturne sono presenti solo OSS, quindi manca una figura professionale che prenda in carico la situazione e funga da raccordo per le decisioni in ambito sanitario, che spesso implicano l'attivazione della Guardia medica, che non ha conoscenza del caso (quali problematiche comporta la chiamata alla guardia medica dalle strutture residenziali?).
- E) *Qualità della vita e definizione ed attuazione di progetti personalizzati:* l'utenza che affrisce alle strutture protette presenta bisogni sociali, assistenziali e sanitari sempre più complessi e diversificati: - situazioni sanitarie molto gravi (PEG, problemi respiratori, problemi legati all'alimentazione,...); - appartenenza a fasce d'età molto diversificate (sempre più numerosi i casi di persone adulte affette da gravi patologie); - aumento di utenti già seguiti dal servizio sociale, anche in età adulta, per problemi di dipendenze e/o psichiatrici (in carico a Sert, psichiatria territoriale,...), casi 'multiproblematici' che richiedono una presa in carico integrata dei bisogni; - anche la fascia di utenza affetta da demenza include al suo interno bisogni molto diversificati, a seconda dell'età, del tipo di demenza, delle risorse della famiglia.

F) *Informazioni nel momento dell'ingresso in casa protetta.* Le informazioni riferite agli anziani/adulti che entrano in Casa Protetta vengono trasferite tramite strumenti che si ritiene siano da aggiornare e, solo in casi particolari, attraverso una presentazione del caso al personale della struttura. I tempi per l'occupazione del posto devono essere contenuti, quindi le informazioni assumono ancora maggiore rilevanza per assicurare un'efficace presa in carico.

#### **Proposte:**

- A) Rivalutazione dell'UVG delle situazioni già inserite in RSA (problemi che determinano l'accoglienza e la permanenza, progetto sociale/sanitario, appropriatezza della risorsa, effettivo utilizzo temporaneo della risorsa,...). Anche sulla base di tale verifica, occorre chiarire/ridefinire *criteri e percorsi condivisi per l'assegnazione dei posti di RSA*, al fine di programmare l'offerta.
- B) Strutturare un'adeguata formazione degli operatori di RSA, affinché possano condividere e rendere possibile il perseguimento degli obiettivi sociali e sanitari definiti nel progetto personalizzato, in particolare rispetto alla temporaneità dello stesso. Il fine è anche quello di facilitare l'elaborazione dei vissuti degli operatori rispetto ad una presa in carico temporanea del caso, che prevede la dimissione al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Ciò contribuirebbe a costruire un rapporto chiaro con i familiari, che supporti ed accompagni i motivi e le modalità (temporanea) del ricovero.
- C) Ampliare /ridefinire il ruolo dell'UVG rispetto agli ingressi in RSA. Tale ruolo potrebbe esplicitarsi nel: 1. definire dall'inizio un 'contratto' chiaro con la famiglia e l'ospite, evidenziando il carattere di temporaneità del progetto (e le relative motivazioni) 2. rendere possibile una presa in carico integrata dei bisogni sociali, assistenziali, e sanitari (dalla costruzione del progetto, alle verifiche in itinere): l'UVG diventa un punto di riferimento con il quale la struttura si raccorda per qualsiasi problematica sociale/sanitaria, costruisce la comunicazione e facilita lo scambio di informazioni tra le diverse figure professionali coinvolte nella gestione del caso.
- D) prevedere un'unità infermieristica che garantisca, anche nelle ore notturne, un punto di riferimento per le problematiche sanitarie a sostegno del personale di casa protetta.
- E) Attivare momenti di confronto tra personale delle strutture protette e guardie mediche per esplicitare le rispettive competenze, risorse, criticità nell'affrontare i problemi sanitari delle persone anziane
- F) creare nuclei/progetti ad hoc dedicati ai problemi/bisogni di persone affette da demenza
- G) strutturare percorsi personalizzati, individuare risorse e nuclei dedicati per utenza adulta/situazioni multiproblematiche.
- H) necessità di verificare/ridefinire protocolli e strumenti per favorire la conoscenza ed il passaggio del caso dal Servizio Anziani/Adulti al personale della struttura protetta, avvalendosi dell'UVG.

#### **Modalità di conduzione dell'analisi:**

- l'analisi è stata condotta con l'obiettivo di formulare proposte *concrete* per migliorare la qualità dei servizi offerti.
- il gruppo ha approcciato i problemi/criticità partendo da una attenta analisi dei bisogni delle persone. Alcuni progetti richiedono ulteriori risorse rispetto a quelle a disposizione.
- si evidenzia la necessità di utilizzare un approccio non solo quantitativo all'analisi delle risorse esistenti e allo stato dei bisogni (il dato quantitativo è significativo se calato all'interno di un'analisi del contesto al quale si riferisce).

## **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Negli ultimi dieci anni, nella nostra realtà, si è verificata una crescita quali-quantitativa dell'assistenza del malato a domicilio, in particolare di quella inserita in programmi integrati di prestazioni territoriali (cure primarie) all'interno del sistema complessivo di offerta sanitaria, in modo complementare e sinergico.

### **MOTIVAZIONI E FINALITA':**

1. Riduzione posti letto % abitanti e instaurazione sistema D.R.G. con minor degenza media;
2. Conseguente necessità di spostare risorse economiche ed umane sul territorio;
3. Congruità dell'assistenza prestata in favore di pazienti stabilizzati o parzialmente stabilizzati che non necessitano più di sorveglianza e assistenza sanitaria 24 h al giorno e quindi di ospedalizzazione;
4. Aspetto psicologico e componente umana di maggior serenità dei pazienti nel ricevere le cure nell'ambiente domestico e all'interno del nucleo familiare;
5. Possibilità, per chi lo desidera e per i familiari che si sentono preparati, di trascorrere l'ultimo periodo della vita nella propria abitazione (malati terminali);
6. Risparmio risorse economiche;

-----

L'A.D.I. ha spesso un presupposto che consiste in una fase intraospedaliera configurata come Dimissione Difficile e nei contatti di tipo socio-sanitario fra operatori dell'Ospedale e operatori del Territorio (Medici, Capo Sala, Assistenti Sociali, MMG, Servizio Infermieristico Domiciliare).

Negli altri casi è il Medico di Medicina Generale che richiede l'attivazione di tale forma di assistenza e l'eventuale coinvolgimento delle figure professionali necessarie, impegnandosi personalmente, con accessi periodici e con il coordinamento di tutta l'attività sanitaria prevedibile per il caso (Piano Assistenziale).

Per un buon esito di tale programma assistenziale è altresì indispensabile un idoneo supporto nel tempo di condizioni logistiche e familiari che consentano una solida alleanza terapeutica.

Ai fini di individuare le principali specifiche che caratterizzano l'Assistenza Domiciliare Integrata si ritiene utile compiegare l'allegato H dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale che, fatte salve alcune peculiarità concordabili a livello Regionale e locale, elenca in modo chiaro le prestazioni previste, i destinatari e le principali patologie riconducibili all'ADI.

Quanto sopra descritto è quanto mai significativo per capire la vera missione dell'Assistenza Domiciliare Integrata e auspicabilmente, per valutarne correttamente gli esiti.



**Risorse esistenti:**

- In caso di ADI conseguente a “Dimissioni Difficili” o comunque segnalata dall’Ospedale:
  1. Medico del reparto e Capo Sala
  2. Assistente Sociale Ospedaliera
  3. Assistente Sociale Territoriale
  4. Punto unico di accesso per le cure domiciliari (S.A.A.)
  
- In tutti i casi:
  1. Responsabile Organizzativo cure domiciliari
  2. Medico di Medicina Generale
  3. Ufficio Infermieristico e Infermiere Domiciliari
  4. Cooperative per assistenza di base e loro operatori
  5. Badanti
  6. Ufficio Protesica per forniture presidi e Ufficio Invalidi
  7. Medici Specialisti dipendenti o convenzionati nelle varie branche
  8. Fisioterapisti
  9. Servizio convenzionato per Ecografia a domicilio
  10. Call Center per malati oncologici
  11. Servizio consegna farmaci a domicilio

**Protocolli esistenti:**

1. Allegato H dell’Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale
2. Delibera della Giunta Regionale Emilia Romagna n° 124/99
3. Determinazione del Direttore Sanitario dell’Azienda USL di Parma n° 5 del 124/99
4. Allegato 2 dell’Accordo Locale tra Azienda USL di Parma e le Rappresentative Sindacali dei Medici di Medicina Generale (2003 – 2004)

## **CRITICITA':**

Fra le criticità si rileva attualmente la mancanza delle consulenze da parte del Medico Specialista Chirurgo che si ritiene fondamentale nell'impostazione e nella sorveglianza della terapia delle ulcere e piaghe da decubito più gravi e complesse ed i troppo lunghi tempi di attesa per alcune altre prestazioni specialistiche quali il Cardiologo, indispensabile per dirimere in tempi brevi alcune sintomatologie altiche toraciche e il Fisiatra e l'Ortopedico. Soddisfacente la situazione generale per le ecografie a domicilio fatta eccezione per le patologie vascolari acute (T.V.P.) che necessiterebbero di tempi brevissimi di accertamento (24 – 48/h).

Altra criticità è quella della scarsa integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale con le problematiche cliniche dei pazienti in ADI e con i loro bisogni assistenziali, in particolare durante il fine settimana quando l'assenza del Medico di base si prolunga per 60 ore (dal Venerdì alle ore 20.00 al Lunedì alle ore 08.00).

Sembra decisamente carente anche l'integrazione fra le figure dedicate all'assistenza sanitaria (MMG e I.P. domiciliari) e le assistenti sociali di riferimento del Territorio che molto difficilmente hanno l'occasione di contatto e di confronto fra loro per una più completa visuale dei bisogni dei pazienti e che spesso non trovano riferimenti reciproci nemmeno telefonici.

Anche il fenomeno delle "badanti" assolutamente rilevante all'interno della rete assistenziale affettiva (anche se spesso non istituzionalizzate) necessita di una puntualizzazione e di una crescita qualitativa e formativa per integrarle meglio con le altre figure assistenziali.

Si rileva come accadimento abbastanza frequente il trasporto di pazienti in Sede Ospedaliera per la risoluzione di problemi clinici spesso abbastanza banali e risolvibili probabilmente anche a domicilio se affrontati in tempi relativamente brevi da personale paramedico.

In caso di ADI conseguente a "Dimissioni Difficili" il protocollo attualmente in uso appare ancora poco conosciuto e quindi scarsamente applicato da molti degli attori dell'intero processo sia in ambito Ospedaliero che in quello Territoriale; ne consegue una troppo frequente situazione di inadeguatezza dell'apparato e delle risorse dedite all'accoglienza del paziente al domicilio con particolare riferimento a presidi ed ausili terapeutici e talvolta anche farmaci non differibili.

### **BISOGNI EMERSI / EMERGENTI**

Si considera il primo ineludibile bisogno, spesso minimo comune denominatore per il soddisfacimento degli altri, quello del miglioramento, ma si potrebbe anche dire dell'avvio della "comunicazione fra tutti gli attori del processo Assistenza Domiciliare"; la conoscenza di "quello che fanno gli altri" e una prassi consolidata di contatti anche e soprattutto informali e telefonici è un presupposto di maggiore efficienza per contenere ritardi, per evitare omissioni e malintesi sfruttando l'elemento qualità dell'informazione in tempo reale, oggi carente.

L'impegno di risorse in ambito territoriale, come detto in premessa, e soprattutto un loro eventuale incremento dovuto anche soltanto al trend di invecchiamento della popolazione e a quello di alcune patologie degenerative e invalidanti (valga per tutte la Demenza) rende più che opportuna la possibilità di misurare costi e benefici del Sistema, rilevando gli uni con una sorta di D.R.G. delle Cure Primarie e gli altri sull'indice di ricovero dei pazienti in Assistenza Domiciliare Programmata.

Ovviamente il beneficio non economico andrà valutato sul grado di soddisfazione dei destinatari dell'Assistenza e cioè pazienti e familiari di riferimento.

In analogia a quanto già fatto riguardo al problema delle Dimissioni Difficili è molto opportuna un'occasione di confronto e formazione per tutti gli operatori socio-sanitari riguardo ai temi dell'Assistenza Domiciliare, le sue potenzialità e i suoi limiti spesso misconosciuti.

## **PROPOSTE**

- Appare imprescindibile acquisire la possibilità di **consulenze chirurgiche** domiciliari per le ragioni esposte in precedenza; si ritengono sufficienti 2 ore alla settimana di attività da parte di un Medico Specialista Convenzionato o dipendente dell'Azienda U.S.L.;
- Dal momento che l'esecuzione degli ECG a domicilio avviene in tempi molto più rapidi rispetto alle consulenze del Cardiologo, si propone che l'equipe di Cardiologi operanti nel Distretto di Parma abbia la possibilità e si assuma l'impegno di leggere e dare risposta scritta di tracciati elettrocardiografici entro 24 ore dalla loro esecuzione, il che consentirebbe al Medico di Medicina Generale di escludere molte patologie bisognevoli di ricovero;
- In caso di alcune **prestazioni specialistiche** non trovino possibilità di essere effettuate da Medici Convenzionati o Dipendenti si propone di affidarne l'esecuzione per il tramite, di accordi anche a valenza sindacale, a Medici Convenzionati per la Medicina Generale ma in possesso della specializzazione di competenza;
- Per una migliore integrazione dei **Medici di Continuità Assistenziale** in caso di chiamata di pazienti in ADI si potrebbe prevedere (anche a titolo sperimentale della durata di 1 anno) un incentivo economico al Medico stesso nei casi in cui, secondo scienza e coscienza e con l'avallo dei familiari oltre che del paziente stesso, non ricorresse al ricovero dello stesso, evento attualmente forse troppo frequente anche per la ricordata carenza di contatti e informazioni;
- Si possono integrare le **cartelle di assistenza domiciliare** attualmente in uso con la dicitura "Esistono attualmente i presupposti e le condizioni, compreso il necessario supporto familiare, per lo svolgimento dell'ideale programma assistenziale e per il mantenimento, finché possibile, del paziente a domicilio". Tale documento dovrà inoltre contenere in modo completo tutti i riferimenti di chi entra nel circuito assistenziale, in particolare nomi e numeri telefonici, compreso eventualmente (in modo volontario) quelli del telefono cellulare;
- Per le ADI di 3° livello e quindi a più elevata intensità assistenziale si possono ipotizzare un **numero minimo di accessi settimanali** al domicilio del paziente da parte del Medico curante da concordare previa consultazione dei Sindacati di categoria dei Medici di Medicina Generale;
- In analogia, è opportuno prevedere almeno 1 accesso congiunto nei primissimi giorni di attivazione, nei casi di cui sopra, da parte del Medico curante, dell'Infermiera domiciliare e dell'Assistente Sociale; dal momento che all'art. 3, comma 5 dell'allegato H dell'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale si prevede il loro **coordinamento degli operatori** per rispondere ai bisogni del paziente stesso, coordinamento remunerato attraverso accordi locali, si propone che per le ADI di 3° livello sia il Medico stesso a programmare tali incontri;
- Nei casi segnalati dal Medico curante è opportuno prevedere un percorso istituzionalizzato per 2 Servizi considerati fondamentali per proseguire la domiciliarità del paziente e cioè la consulenza per le **terapie antalgiche** e il **supporto psicologico** al paziente e ai familiari che

lo assistono. Ciò è particolarmente indicato per i malati oncologici e terminali, sempre di rilevante impegno assistenziale anche psicologico;

- Per evitare ricorsi impropri al Pronto Soccorso e ai Reparti Ospedalieri da parte di pazienti in ADI, in occasione di inconvenienti anche clinicamente banali e risolvibili da personale infermieristico, si ipotizza sperimentalmente per la durata di mesi 6 con modalità da concordare fra i Servizi preposti, una attività di **Pronto Intervento Infermieristico**, per tale tipologia di utenti;
- Oltre alla compilazione esaustiva del frontespizio delle cartelle domiciliari, per il miglioramento delle informazioni reciproche, si consiglia, presumibilmente a cura degli Uffici competenti del Comune di Parma, dell'Azienda Ospedaliera di Parma e dell'Azienda U.S.L. di Parma la predisposizione di un opuscolo tascabile contenente i numeri telefonici dei Servizi comunque coinvolti nell'assistenza domiciliare:
  1. *Reparti ospedalieri e Assistenti Sociali Ospedalieri per le dimissioni difficili;*
  2. *Servizio Anziani e Settore Sociale con Assistenti Sociali Territoriali;*
  3. *ROAD;*
  4. *Medici di Medicina Generale;*
  5. *Ufficio Infermieristico Domiciliare;*
  6. *Strutture Protette e Centri Diurni con rispettivi Responsabili Organizzativi.*
- **In considerazione** del fatto che circa il 20% dei ricoveri e delle successive dimissioni avviene dalle Strutture Private accreditate, si ritiene indispensabile il coinvolgimento nella fase di "**Dimissione Difficile**" dalle strutture stesse;
- **Da ultimo** si segnala l'opportunità di un confronto fra le Rappresentanze dei Medici di Medicina Generale e gli organi Municipali deputati alla regolamentazione della viabilità ai fini di una maggiore agevolazione, sia pur severamente normata, delle soste dei veicoli in caso di visita domiciliare;

**Gruppo di lavoro “La formazione e gli strumenti di valutazione multidimensionale”  
per l’adeguamento degli interventi di tutela socio sanitaria a favore degli anziani**

**Sintesi degli argomenti discussi nel:**

- **1° incontro del 08/06/06**  
Presenti: Caravaggi, Gennari, Lobalsamo
- **2° incontro del 20/06/06**  
Presenti: Caravaggi, Gennari, Boldrocchi, Ladisa, Rizzi
- **3° incontro del 05/07/06**  
Presenti: Caravaggi, Gennari, Mossini, Ladisa, Rizzi, Lobalsamo
- **4° incontro del 12/07/06**  
Presenti: Caravaggi, Gennari, Mossini, Ladisa, Lobalsamo

**Obiettivi del gruppo di lavoro**

1. Condurre un’analisi dei bisogni formativi degli operatori dei servizi socio sanitari per anziani non autosufficienti ed elaborare proposte innovative per l’organizzazione e la realizzazione degli interventi formativi
2. Individuare strumenti a supporto della valutazione multidimensionale degli anziani che garantiscano trasparenza ed omogeneità nell’accesso ai servizi

I risultati dei lavori del gruppo verranno utilizzati come riferimento per la stesura del nuovo Accordo di Programma distrettuale.

**1. LA FORMAZIONE:**

**Criticità.**

Esistenza di percorsi formativi organizzati dai vari enti in modo scollegato tra loro. Mancanza di integrazione nella definizione dei percorsi formativi. Ripetizioni e sovrapposizioni rispetto alle tematiche trattate. Mancanza di sinergie tra gli enti nell’organizzazione e nell’effettuazione dei percorsi formativi.

**Bisogni emersi:**

***Necessità di un coordinamento distrettuale delle attività formative dell’area anziani al fine di programmare e realizzare interventi finalizzati alla soddisfazione dei reali bisogni di formazione del personale operante nei servizi della rete. Tale coordinamento consentirebbe anche una gestione più razionale delle risorse attraverso la creazione di sinergie tra gli enti.***

**Proposta:**

Il gruppo propone la creazione di un **Tavolo Tecnico** permanente costituito da tecnici degli enti sottoscrittori dell’Accordo di Programma. L’obiettivo di questo tavolo tecnico è la definizione delle proposte formative integrate che andranno a costituire un **Piano Formativo Distrettuale**.

Al tavolo tecnico devono pervenire le proposte formative attinenti agli aspetti socio- sanitari dell’area anziani elaborati dai vari enti. Tali proposte verranno integrate con le esigenze formative rilevate dai vari componenti del tavolo tecnico ed andranno a costituire il **Piano Formativo**



**Distrettuale** che, dopo essere stato valutato ed approvato in Accordo di programma, permetterà ad ogni ente di programmare la partecipazione degli operatori a cui i percorsi formativi sono rivolti.

## **2. LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

### **Strumenti esistenti:**

BINA  
ADL  
IADL  
Barthel  
Schede sociali  
Cartella socio sanitaria del Comune di Parma  
PAI del comune di Parma

### **Criticità:**

Non omogeneità negli strumenti e nelle modalità di valutazione a livello provinciale e a livello distrettuale

Carenza di valutazioni multidimensionali complete e aggiornate che permettano una presa in carico adeguata nella rete dei servizi

Carenza di trasmissione delle informazioni tra i vari punti della rete

### **Bisogni:**

Necessità di ridefinire un percorso, omogeneo a livello distrettuale, per la valutazione multidimensionale. Individuazione di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei a livello distrettuale tenendo conto di quelli attualmente utilizzati nel resto della provincia.

Definizione di un sistema più efficace di trasmissione delle informazioni

### **Proposte:**

Il gruppo di lavoro propone il seguente percorso per la valutazione multidimensionale:

1. Definizione degli strumenti di analisi (raccolta dei dati)
2. Modalità di valutazione (individuazione dei bisogni)
3. Stesura del PAI

E' importante sottolineare come le modalità di valutazione debbano necessariamente tenere conto del contesto in cui l'anziano è inserito (domicilio, ospedale, struttura ecc...)

La stesura del PAI deve tenere conto del servizio in cui l'anziano deve essere inserito

Nel caso in cui la risorsa individuata come necessaria non sia immediatamente disponibile dopo la stesura del PAI è necessario prevedere una rivalutazione da parte dell'UVG per un aggiornamento del PAI stesso nel momento in cui la risorsa diventa disponibile

## **Luglio 2006**

Relazione della Commissione interistituzionale  
“Dimissioni Difficili”  
istituita al fine di rideterminare l’Accordo di Programma tra:

Amministrazione Comunale di Parma  
Amministrazione Comunale di Colorno  
Amministrazione Comunale di Mezzani  
Amministrazione Comunale di Sorbolo  
Amministrazione Comunale di Torrile  
Azienda USL di Parma  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma  
I.R.A.I.A. di Parma  
Centro Servizi di Assistenza S. Mauro Abate di Colorno

## Composizione della Commissione

COMPONENTI	RIFERIMENTI
Sig. Anardi Luisa	Ass. Soc. Ospedale
Dott.ssa Barone Lia	Comune Parma
Dott. Bernardi Andrea	Istituti IRAIA
Sig. Bigi Enrica	Ass. Soc. Comune Parma
Dott. Boldrocchi Gianluca	Dir. Programma Aziendale Geriatrica Territoriale
Dott.ssa Bonetti Lucia	Comune Parma
Prof. Borghi Loris	Medico Ospedale
Dott. Caravaggi Davide	Servizio Assistenza Anziani
Dott. Catamo Antonio	Medico Ospedale
Dott.ssa Ciotti Giuseppina	Direttore Distretto AUSL
Sig. Donadio Eleonora	Capo Sala Ospedale
Sig.ra Donadio Eleonora	Capo Sala Ospedale
Dott. Ferrante Sigismondo	Dip. Cure Primarie AUSL
Sig.ra Ferrari Tiziana	Capo Sala Ospedale
Dott. Ghillani Mario	Medico Medicina Generale
Sig. Grignaffini Marilena	Ass. Soc. Ospedale
Sig. Ladisa Fedele	Capo Sala Ospedale
Dott.ssa Meschi Tiziana	Medico Ospedale
Dott.ssa Palermo Eliana	Medico Ospedale
Sig.ra Polledri Margherita	Azienda AUSL
Sig. Sanfelici Ilaria	Ass.Soc. Centro Servizi S. Mauro Abate
Dott. Tadonio Carlo	Dip. Cure Primarie AUSL
Dott. Vitali Pietro	Direzione Sanitaria Ospedale
Sig. Zandoni Daniela	Ass. Soc. Ospedale

## Punti esaminati ed affrontati dalla Commissione

1. Presentazione sintetica del problema
2. Protocollo esistente
3. Criticità nell'attuazione del protocollo
4. Situazioni e bisogni emergenti
5. Proposte migliorative

## **1. PRESENTAZIONE SINTETICA DEL PROBLEMA**

Una dimissione può essere definita difficile quando, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, essa richiede un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che va oltre la potenzialità del paziente e della propria famiglia, indipendentemente dall'età, ed implica un coinvolgimento particolare di tutti i presidi territoriali: medici di medicina generale, servizi infermieristici, servizi assistenziali, lungodegenze extraospedaliere, RSA, case protette, case di riposo.

Il concetto di Dimissione Difficile nasce dalla necessità di sopperire ai bisogni di una popolazione sempre più anziana che si caratterizza per criticità cliniche (pazienti polipatologici, spesso cognitivamente deteriorati, dipendenti sul piano psicofisico, ad elevato rischio iatrogeno) e sociali (solitudine, scarsa compliance familiare, problemi economici). Non sono peraltro rari i casi di Dimissione Difficile che riguardano persone giovani, colpite da patologie o eventi particolarmente invalidanti che causano grave disabilità.

Per chi è "difficile" una dimissione?

- Per l'ospedale, quando la dimissibilità clinica del paziente non si traduce nell'effettiva dimissione per problematiche legate alla famiglia (assenza o precarietà della rete familiare, famiglia non consenziente) e/o alla rete socioassistenziale per temporanea indisponibilità di risorse.
- Per il medico curante, nei casi ad alta complessità sanitaria che richiedono la predisposizione ed organizzazione di un progetto articolato ed integrato.
- Per i distretti e i comuni, carenti di risorse residenziali nei casi in cui venga richiesto l'inserimento in struttura, o carenti di servizi domiciliari che devono predisporre interventi tempestivi per soggetti che rientrano al domicilio.
- E' difficile sempre per il paziente e per la sua famiglia che, nel momento in cui affrontano un passaggio così critico com'è quello dall'acuzie alla ridotta autonomia, rischiano di risentire delle difficoltà di tutti i servizi e della loro scarsa integrazione.

Le principali cause di non dimissibilità possono essere di seguito riepilogate:

- mancanza di familiari idonei ad accudire pazienti anziani non autosufficienti
- resistenza dei familiari a riprendere a casa il loro congiunto
- necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali
- necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio
- necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio
- idonea sistemazione extrafamiliare temporanea o definitiva.

Distinguiamo la Dimissione Difficile integrata e la non integrata: la prima implica una domiciliazione con attivazione di servizi multipli ed intensivi o l'impossibilità al rientro al domicilio e quindi la necessità di reperire un'idonea struttura territoriale; la seconda, invece, implica l'attivazione domiciliare del servizio infermieristico e/o assistenziale o la semplice fornitura di ausili o presidi.

Diverse sono le figure professionali che entrano in gioco nel percorso delle Dimissioni Difficili: i medici dei reparti segnalanti, gli assistenti sociali ospedalieri e

territoriali, i componenti della unità valutativa geriatrica (U.V.G.), il medico di famiglia, gli infermieri e gli assistenti domiciliari.

Dal mese di luglio 2001 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha istituito un osservatorio per le Dimissioni Difficili.

La tabella di seguito mostra i dati degli ultimi quattro anni, relativi alle Dimissioni Difficili segnalate dai diversi Reparti dell'Azienda per pazienti residenti nel Distretto di Parma:

	2002	2003	2004	2005
<b><u>Totale casi segnalati</u></b>	364	419	589	698
<b>Rientrati a domicilio</b>	148	162	233	269
<b>Istituzionalizzati (RSA, case protette, case di riposo, etc.)</b>	99	105	146	165
<b>Trasferiti ad altri reparti dell'Azienda</b>	70	102	155	190
<b>Deceduti nell'attesa della dimissione</b>	47	50	55	74

Dai dati sopraindicati si evince che nell'arco dei quattro anni il numero totale di Dimissioni Difficili è in progressivo aumento; se si escludono i deceduti, quasi la metà di tali pazienti ritorna al proprio domicilio.

Dalla rielaborazione dei dati in possesso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si evince inoltre che in molti casi esiste uno scarto significativo tra la data presunta di dimissione e la dimissione reale: le cause sono multiple, sia sanitarie che sociali.

## **2. PROTOCOLLO ESISTENTE**

*Per le Dimissioni Difficili del distretto di Parma esiste un protocollo approvato dalla Giunta Comunale in data 4 novembre 2002, messo a punto da una Commissione Interistituzionale allo scopo costituita.*

*L'attuale Commissione ha ritenuto importante ridiscutere tale protocollo nei suoi aspetti operativi.*

Il protocollo è di seguito integralmente richiamato.

Le Dimissioni Difficili riguardano i casi di anziani che non hanno più bisogno di rimanere in ospedale tuttavia persiste un bisogno assistenziale e/o sanitario che non può essere tempestivamente ed adeguatamente accolto e soddisfatto dall'individuo stesso e/o dalla sua rete parentale. Il soddisfacimento di tale bisogno richiede quindi la concertazione fra Enti e Servizi, sociali e sanitari, per l'attivazione di risorse integrate o azioni complementari che garantiscono continuità della cura, sicurezza e tutela assistenziale.

La presenza di problematiche sanitarie e di bisogni di assistenza e vigilanza non configurano quindi necessariamente una dimissione difficile: sarà la quantità e la qualità delle risorse di cui l'anziano dispone per affrontare le sue necessità a determinare la differenza.

All'interno delle dimissioni difficili occorre distinguere le **dimissioni non integrate** e le **dimissioni integrate**.

Per **dimissioni non integrate** (identificate con il codice 1) si intendono quelle per cui si è evidenziata una criticità sociale e quindi la necessità di progettare un intervento assistenziale oppure vi è la necessità di una prestazione sanitaria chiara e definita come ad esempio la fornitura di ausili al domicilio.

**Le dimissioni integrate** (identificate con il codice 2) riguardano i casi con particolari problematiche sociali e sanitarie per i quali è necessario predisporre un intervento assistenziale integrato.

La scheda informativa è finalizzata ad evidenziare la situazione ed i bisogni del paziente al fine di garantire la continuità assistenziale.

### **Percorso per le dimissioni non integrate (Cod. 1)**

- 1. L'assistente sociale ospedaliera effettua un'indagine informativa e segnala al SAA distrettuale i casi individuati come dimissioni difficili in base alle caratteristiche sopra esposte, specificando il codice di appartenenza (cod. 1: dimissioni non integrate).*
2. Il SAA registra i dati delle segnalazioni con cod. 1 e le invia all'Assistente sociale Responsabile del Caso per bisogni socio.- assistenziali, mentre invia la richiesta al ROAD nei casi che necessitano di interventi sanitari o di fornitura di ausili.
3. Nei casi come codice 1 il ROAD o la responsabile del caso che effettuerà l'elaborazione del PAL (informando ed coinvolgendo il Medico di Medicina



Generale) comunica su apposito modello all'ospedale ed al SAA l'attuazione del percorso che rende effettuabile le dimissioni.

## **Percorso per le dimissioni integrate (Cod. 2)**

- 1. L'assistente sociale ospedaliera effettua un'indagine informativa e segnala al SAA distrettuale i casi individuati come dimissioni difficili in base alle caratteristiche sopra esposte, specificando il codice di appartenenza. (cod. 2: dimissioni integrate).***
2. Nei casi segnalati con codice 2 il SAA invia la segnalazione alla responsabile del caso all'UVG ed al medico di medicina generale. L'UVG concorda la data per la valutazione e la predisposizione di un progetto assistenziale con l'assistente sociale responsabile del caso, il medico curante e l'assistente sociale ospedaliera, con un preavviso di almeno 48 ore.
3. L'UVG invia al SAA il progetto elaborato con la responsabile del caso ed il Medico di medicina generale, indicando se il caso rientra o meno tra le priorità per l'inserimento nei servizi della rete.
4. Se il caso rientra tra le priorità il SAA acquisisce l'autorizzazione amministrativa del comune di residenza all'inserimento in casa protetta o in RSA e, dopo aver concordato con la struttura le modalità ed i tempi dell'ingresso, invia all'assistente sociale dell'ospedale la comunicazione dell'attuazione del percorso assistenziale che renderà possibile la dimissione dell'anziano. Nel caso in cui la dimissione possa avvenire in tempi brevi (4/5 giorni) questa sarà attuata direttamente dal reparto (anche da reparto di acuzie). Nel caso in cui si debbano prevedere tempi più lunghi saranno concordate con il reparto le soluzioni assistenziali temporanee possibili (ad esempio lungo degenza ospedaliera, RSA temporanea, etc.).
5. Se il caso non rientra tra le priorità il SAA invia all'assistente sociale dell'ospedale (di conseguenza al reparto di competenza) una relazione in cui si evidenziano le possibili soluzioni assistenziali proposte alla famiglia che permettono la dimissione. In questo caso il reparto, ricevuta la relazione, concorda con la famiglia il giorno della dimissione tenendo presente i tempi minimi necessari (4/5 giorni).

### **Ruoli e compiti delle varie figure professionali**

#### Assistente sociale dell'Ospedale:

- Procede alla stesura della relazione informativa che permette di distinguere le dimissioni difficili (cod. 1 e 2) in équipe con il riferimento sanitario del reparto.
- Comunica al SAA tutti i casi valutati come dimissioni difficili indicando il codice di appartenenza.

- Collabora alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato insieme all'UVG e alla responsabile del caso e può divenire punto di riferimento per l'attuazione di quest'ultimo nel periodo di degenza ospedaliera (rapporti con famigliari, con l'UVG e la responsabile del caso).
- Informa il reparto dei provvedimenti predisposti per la dimissione dopo averne ricevuto comunicazione.

#### Assistente sociale responsabile del caso:

- Valuta e prende in carico direttamente i casi segnalati con codice 1, si rapporta con il medico curante, elabora il progetto e comunica all'ospedale ed al SAA la predisposizione degli interventi per le dimissioni.
- Partecipa all'elaborazione del PAL insieme all'UVG e al medico curante per le dimissioni con codice 2.
- Attua le procedure necessarie per l'inserimento del caso nella rete dei servizi.
- Mantiene i necessari rapporti con la famiglia dell'anziano per l'attuazione del PAL.
- Effettua il monitoraggio e le verifiche del PAL.

#### Unità di Valutazione Geriatria:

- Garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari
- Effettua la valutazione dei casi indicati con il codice 2 (dimissioni integrate con complesse problematiche sociali e sanitarie)
- Elabora i PAL in collaborazione con la responsabile del caso ed il medico curante.
- Relaziona al SAA indicando le possibili soluzioni assistenziali e sanitarie e l'eventuale priorità del caso.
- Garantisce l'integrazione tra i vari servizi assistenziali e sanitari in particolare coinvolgendo i medici curanti.

#### **ROAD**

- Gestisce direttamente i casi con cod. 1 segnalati dal SAA per i quali sono previsti interventi sanitari.
- Comunica al reparto ed al SAA la predisposizione degli interventi sanitari per le dimissioni protette in accordo con i medici in medicina generale (attivazione dei programmi di 2° e 3° livello, ADI, NODO, forniture farmaceutiche e di ausili, interventi infermieristici, etc.)
- Garantisce l'attuazione degli interventi sanitari previsti all'interno del PAL.

**Medico di Medicina Generale**

- Viene attivato per la valutazione e predisposizione del PAL e per la gestione dei casi segnalati con cod. 1 su segnalazione del ROAD.
- Partecipa alla valutazione e alla stesura del PAL insieme all'UVG e all'Assistente sociale responsabile del caso per i casi segnalati con cod. 2.

**Reparto Ospedaliero**

- Segnala all'assistente sociale dell'ospedale i casi di dimissioni difficili compilando l'apposito modulo.
- Collabora con l'assistente sociale dell'ospedale alla stesura della scheda informativa.
- Collabora con l'UVG per favorire la valutazione.
- Proceda alla dimissione dopo aver ricevuto le opportune conferme rispetto all'attivazione dei servizi necessari.

**Ufficio del SAA**

- Riceve le segnalazioni di dimissioni difficili con cod. 1 e le invia alla responsabile del caso o al ROAD.
- Riceve le segnalazioni di dimissioni difficili con cod. 2 e le invia alla responsabile del caso, all'UVG ed al Medico di Medicina Generale.
- Riceve le conferme dell'attivazione dei servizi necessari alla dimissione per i casi con cod. 1.
- Riceve le conferme dell'attivazione dei servizi necessari alla dimissione per i casi con cod. 2 e le invia all'ospedale.
- Concorda con i servizi anziani dei comuni gli accessi alla rete dei servizi definendone le risorse finanziarie necessarie.
- Raccoglie tutti i dati relativi alle segnalazioni di dimissioni difficili e al percorso intrapreso all'interno della rete dei servizi e li trasmette ai componenti dell'accordo di programma per pianificare e programmare la rete dei servizi.

### 3. CRITICITÀ NELL'ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO

***Abbiamo ritenuto utile riportare le criticità nell'attuazione del protocollo tenendo distinto il punto di vista dei principali attori coinvolti: operatori ospedalieri, operatori del territorio, medici di medicina generale.***

#### a) **Le criticità per gli operatori ospedalieri**

- Spesso i famigliari non vengono informati dal personale del reparto della segnalazione della Dimissione Difficile per il loro congiunto e quindi dell'attivazione del servizio sociale dell'Ospedale.
- Le schede di segnalazione che pervengono dai reparti al servizio sociale ospedaliero sono spesso incomplete e poco leggibili.
- Segnalazioni improprie di Dimissioni Difficili o segnalazioni troppo precoci o troppo tardive da parte dei medici di reparto.
- Manca una procedura di segnalazione al reparto ospedaliero e all'assistente sociale ospedaliera dell'avvenuta attivazione dei servizi infermieristici territoriali.
- Procedure economiche lunghe per definire l'accoglienza in strutture protette.
- Tempi di attesa a volte prolungati tra la richiesta all'UVG e la consulenza in reparto.
- Tempi di attesa troppo lunghi per l'accesso alle strutture extraospedaliere (RSA, Case Protette, Case di Riposo, Hospice).
- I pazienti portatori di catetere venoso centrale (CVC) per alimentazione artificiale parenterale non vengono al momento accettati da molte strutture del Distretto di Parma. Stesso problema vi è per i pazienti tracheostomizzati.
- Mancano protocolli ed indicazioni chiare per dimissioni difficili riguardanti le persone non anziane, i pazienti ortopedici che devono osservare un periodo prolungato di immobilità e sono privi di risorse familiari, i malati psichiatrici, i pazienti in stato vegetativo e gli extracomunitari irregolarmente soggiornanti.
- Ritardi molto consistenti e procedure farraginose nella consegna dei presidi.
- Assurda richiesta di collaudo dei presidi da parte dei medici di reparto.
- Mancanza di un ruolo ben definito per il medico di medicina generale, figura indispensabile per la continuità assistenziale ospedale – territorio.

#### b) **La criticità per gli operatori del territorio**

- Le schede di segnalazione che provengono dall'ospedale al servizio territoriale sono spesso incomplete ed illeggibili.
- Appesantimento del percorso a causa di segnalazioni che non presentano caratteristiche di Dimissioni Difficili.
- Carenza di informazioni indispensabili per l'attivazione dei medici di medicina generale.
- Assenza di protocolli con le case di cura private e convenzionate presenti nel Comune di Parma (Città di Parma e Piccole Figlie).
- Necessità di individuare percorsi differenziati attraverso i quali segnalare situazioni potenzialmente a rischio e che non rientrano nel percorso Dimissioni Difficili.
- Forte criticità numerica di posti disponibili per accoglienze in servizi residenziali e necessità di prevedere un'adeguamento quantitativo dei posti di Casa Protetta.

**c) Le Criticità per i medici di medicina generale.**

- Il medico di medicina generale è raramente coinvolto nel percorso delle Dimissioni Difficili.
- Il medico di medicina generale è stato "espropriato" del proprio ruolo di perno centrale sanitario e sociale, attribuendo ad altri attori, e così frammentando e burocratizzando, l'assistenza al paziente.
- La mancanza di informazioni ed accordi preventivi nei casi di Dimissione Difficile crea gravi disagi al medico di medicina generale e ai famigliari del paziente.



## 4. SITUAZIONI E BISOGNI EMERGENTI

*La Commissione ha individuato due categorie di persone per le quali non esiste al momento alcuna procedura predefinita di comportamento per gli operatori socio – sanitari, sia intra che extra ospedalieri.*

Queste categorie sono:

- 1) I pazienti gravemente ammalati extracomunitari senza permesso di soggiorno che si trovano ricoverati presso l'Ospedale di Parma.
- 2) I pazienti gravemente ammalati che si trovano ricoverati presso la Sezione Detenuti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per i quali nel frattempo l'Autorità Giudiziaria ne ha disposto la scarcerazione.

In questi casi si creano situazioni di Dimissioni Difficili particolarmente complesse a causa di problematiche non solo socio-sanitarie, ma anche legali.

Una situazione peculiare è quella che riguarda i detenuti gravemente ammalati, non autosufficienti e privi di riferimenti socio-famigliari, ricoverati presso il centro clinico o la sezione paraplegici degli Istituti Penitenziari di Parma e che hanno terminato il periodo di detenzione.

Questa problematica è stata segnalata alla Commissione dalla Dott.ssa Lia Barone, funzionario dell'Ufficio Inclusione del Comune di Parma.

In questa tematica la Commissione non ha alcun mandato e tuttavia ritiene corretto sollecitare la definizione di uno specifico protocollo da parte delle istituzioni coinvolte.

La Commissione sottolinea un ulteriore bisogno relativo alla garanzia di continuità assistenziale per i pazienti dimessi che presentano esclusivi bisogni sanitari ma che non rientrano nei casi definibili come dimissioni difficili. Nello specifico ci si riferisce a pazienti che vengono dimessi con terapia anticoagulante orale, pompa antalgica, medicazioni per lesioni cutanee o per ferite chirurgiche, dispositivi per alimentazione artificiale. In tali casi si propone che il referente sanitario ospedaliero prima della dimissione contatti direttamente il Medico curante del paziente (tramite e mail o cellulare) al fine di segnalarne i bisogni in modo da concordare gli interventi sanitari necessari al momento della dimissione.

La Commissione ha rilevato inoltre il bisogno di prevedere un percorso specifico per la segnalazione dei casi che pur non rientrando nelle dimissioni difficili presentano una fragilità dal punto di vista socio assistenziale. Si ritiene infatti necessario che tali casi debbano essere segnalati ai servizi sociali territoriali per la valutazione degli eventuali interventi di tutela necessari. A tale proposito si propone l'introduzione di un modulo specifico di segnalazione di questi casi di dimissioni che, sempre attraverso il SAA, dal servizio sociale ospedaliero arrivi al servizio sociale territoriale.



## 5. PROPOSTE MIGLIORATIVE

***Dall'analisi delle criticità emerse la Commissione propone alcuni interventi migliorativi per la gestione delle Dimissioni Difficili.***

- a) Aggiornare il protocollo attualmente in essere con intenti di semplificazione e deburocratizzazione e prevedere una modalità di monitoraggio dell'efficacia.
- b) Mettere in campo azioni per migliorare l'appropriatezza nelle segnalazioni di Dimissioni Difficili da parte dei reparti ospedalieri.
- c) Informatizzare la scheda di segnalazione delle Dimissioni Difficili.
- d) Realizzare percorsi facilitati e specifici per i pazienti ortopedici che non possono caricare per 20 – 30 giorni e che non possono tornare a domicilio perché soli o privi di familiari in grado di assisterli.
- e) Individuare soluzioni specifiche per malati psichiatrici, clandestini e carcerati.
- f) Aumentare nettamente il coinvolgimento dei medici di medicina generale.
- g) Progettare un percorso specifico per la fornitura di presidi e domande di invalidità
- h) Adeguare l'offerta quantitativa e qualitativa dei posti in RSA e Case Protette.

## Allegato n. 4

**DISTRETTO DI PARMA:  
PROPOSTA DI NUOVO PERCORSO PER LE DIMISSIONI DIFFICILI****Definizione di *dimissioni difficili*.**

Le *dimissioni difficili* riguardano i casi di anziani e adulti con patologie assimilabili, che non hanno più bisogno di rimanere in ospedale per i quali tuttavia persiste un bisogno assistenziale e/o sanitario che non può essere tempestivamente ed adeguatamente accolto e soddisfatto dall'individuo stesso e/o dalla sua rete parentale. Il soddisfacimento di tale bisogno richiede quindi la collaborazione fra Enti e Servizi, sociali e/o sanitari, per l'attivazione di risorse integrate o azioni complementari che garantiscano continuità della cura, sicurezza e tutela assistenziale.

La presenza di problematiche sanitarie e di bisogni di assistenza e vigilanza non configurano quindi necessariamente una dimissione difficile; sarà la quantità e la qualità delle risorse di cui il paziente dispone per affrontare le sue necessità a determinare la differenza.

I casi individuati come dimissioni difficili vengono distinti in base alla valutazione dei bisogni del paziente al fine di garantire la continuità assistenziale.

I bisogni sono identificabili in tre categorie:

**A) Bisogno di tipo Sanitario**

(terapia anticoagulante orale, pompa antalgica, medicazioni per lesioni da decubito o per ferite chirurgiche, dispositivi per l'alimentazione artificiale)

**B) Bisogno di tipo Socio Assistenziale****C) Bisogno di tipo Socio Assistenziale e Sanitario****A) Percorso per le dimissioni con bisogno di tipo Sanitario**

1. Il Medico del reparto ospedaliero, dopo aver informato il paziente stesso e/o i suoi familiari della necessità dell'attivazione del percorso per le dimissioni difficili, compila la scheda di segnalazione di Dimissione Difficile (allegato n.1) e la invia al servizio sociale ospedaliero a specificando la presenza esclusiva di bisogni di tipo Sanitario. Contestualmente il Medico del reparto contatta telefonicamente il Medico di Medicina Generale per una prima valutazione della situazione.
2. L'assistente sociale ospedaliera, previa verifica dell'esclusivo bisogno sanitario, invia la scheda (allegato n. 1) al Servizio Assistenza Anziani (SAA)
3. IL SAA invia la scheda al Referente Organizzativo Assistenza Domiciliare (ROAD) che attiva il Medico di Medicina Generale (MMG) affinché questi prenda accordi con il reparto per la dimissione
4. Il Medico di Medicina Generale attiva i servizi territoriali necessari alla dimissione e informa il ROAD sulla presa in carico del paziente dimesso
5. Il ROAD comunica al reparto e al SAA la conferma dell'attivazione dei servizi previsti.

**B) Percorso per le dimissioni con bisogno di tipo Socio Assistenziale**

1. Il Medico del reparto ospedaliero, dopo aver informato il paziente stesso e/o i suoi familiari della necessità dell'attivazione del percorso per le dimissioni difficili, compila la scheda di segnalazione di dimissione difficile (allegato n. 1) inviandola al servizio sociale ospedaliero

2. L'assistente sociale ospedaliera effettua un'indagine informativa e segnala al SAA, attraverso le apposite schede (allegato n.1, n.2 e n.3), i casi individuati come dimissioni difficili specificando il tipo di bisogno
3. Il SAA invia la segnalazione all'assistente sociale del territorio che effettua una prima valutazione in accordo con l'assistente sociale ospedaliera
4. Se dall'esito di questa valutazione risulta la possibilità di una presa in carico diretta da parte dei servizi sociali territoriali, l'assistente sociale del territorio attiva i servizi necessari dandone comunicazione al SAA attraverso l'apposito modulo (allegato n. 4). Il SAA invia tale comunicazione all'assistente sociale ospedaliera che informa il reparto per la dimissione.
5. Se dall'esito della prima valutazione risulta necessario un Progetto Assistenziale integrato, l'assistente sociale del territorio attiva l'intervento valutativo dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)

### **C) Percorso per le dimissioni con bisogno di tipo Socio Assistenziale e Sanitario**

1. Il Medico del reparto ospedaliero, dopo aver informato il paziente stesso e/o i suoi familiari della necessità dell'attivazione del percorso per le dimissioni difficili, compila la scheda di segnalazione di dimissione difficile (allegato n. 1) inviandola al servizio sociale ospedaliero
2. L'assistente sociale ospedaliera effettua un'indagine informativa e segnala al SAA, attraverso le apposite schede (allegati n.1, n.2 e n.3), i casi individuati come dimissioni difficili specificando il tipo di bisogno
3. Il SAA invia la segnalazione all'assistente sociale del territorio che effettua una prima valutazione in accordo con l'assistente sociale ospedaliera
4. Se dall'esito della prima valutazione risulta necessario un Progetto Assistenziale integrato, l'assistente sociale del territorio attiva l'intervento valutativo dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)
6. L'UVG effettua la valutazione coinvolgendo il MMG nella definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nei casi per i quali è previsto il rientro al domicilio del paziente e che presentano la necessità di interventi sanitari; nei casi per i quali non è prevedibile il rientro al domicilio l'UVG propone l'inserimento in struttura residenziale
7. L'UVG invia al SAA il modulo (allegato n. 5) contenente il risultato della valutazione. Il SAA invia il modulo di risposta all'assistente sociale ospedaliera che informa il reparto per la dimissione
8. Se il caso rientra tra le priorità per l'inserimento in struttura residenziale, il SAA acquisisce l'autorizzazione amministrativa del comune di residenza all'inserimento in casa protetta o in RSA e, dopo aver concordato con la struttura le modalità ed i tempi dell'ingresso, invia all'assistente sociale dell'ospedale la comunicazione dell'attuazione del percorso assistenziale che renderà possibile la dimissione del paziente
9. Se il caso non rientra tra le priorità per l'inserimento in struttura residenziale, il SAA invia all'assistente sociale dell'ospedale (di conseguenza al reparto di competenza) una relazione in cui si evidenziano le possibili soluzioni assistenziali proposte alla famiglia che permettono la dimissione. In questo caso il reparto, ricevuta la relazione, concorda con la famiglia il giorno della dimissione.

## **RUOLI E COMPITI DELLE VARIE FIGURE PROFESSIONALI**

### **Assistente sociale dell'Ospedale:**

- Invia al SAA la scheda di segnalazione per i casi con bisogni sanitari
- Procede alla stesura della relazione informativa per i casi con bisogni socio assistenziali e/o sanitari.
- Comunica al SAA tutti i casi valutati come dimissioni difficili con bisogno di tipo socio assistenziale e/o sanitario
- Collabora alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato insieme alla responsabile del caso o all'UVG e può divenire punto di riferimento per l'attuazione di quest'ultimo nel periodo di degenza ospedaliera (rapporti con familiari, con l'UVG e la responsabile del caso)
- Informa il reparto dei provvedimenti predisposti per la dimissione dopo averne ricevuto comunicazione

### **Assistente sociale del territorio:**

- Valuta e prende in carico direttamente i casi segnalati, si rapporta con il medico curante, elabora il progetto e comunica al SAA la predisposizione degli interventi per le dimissioni.
- Partecipa all'elaborazione del PAI per le dimissioni che necessitano di una valutazione integrata insieme all'UVG, all'equipe socio sanitaria del reparto ed eventualmente al medico curante e ne garantisce l'attuazione
- Mantiene i necessari rapporti con la famiglia della persona per l'attuazione del PAI
- Effettua il monitoraggio e le verifiche del PAI

### **Unità di Valutazione Geriatria (UVG):**

- Effettua la valutazione dei casi per i quali è richiesto un suo intervento
- Elabora i PAI in collaborazione con la responsabile del caso, con l'equipe socio sanitaria del reparto ed eventualmente con il medico curante
- Relaziona al SAA indicando le possibili soluzioni assistenziali e sanitarie e la eventuale priorità del caso
- Garantisce l'integrazione tra i vari servizi assistenziali e sanitari in particolare coinvolgendo i medici curanti

### **Referente Organizzativo Assistenza Domiciliare (ROAD):**

- Attiva il Medico di Medicina Generale per i casi con bisogno di tipo Sanitario
- Comunica al reparto ed al SAA la predisposizione degli interventi sanitari necessari per la dimissione

### **Medico di Medicina Generale (MMG):**

- Prende contatto con il reparto per i casi con bisogno di tipo Sanitario e predispone l'attivazione dei servizi necessari, dandone comunicazione al ROAD
- Partecipa alla valutazione e alla stesura del PAI, insieme all'UVG e all'Assistente sociale responsabile del caso, per le situazioni con bisogni di tipo socio assistenziale e/o sanitario per i quali è stato coinvolto

**Medico del reparto ospedaliero:**

- Informa il paziente e/o i suoi familiari della necessità dell'attivazione del percorso per le dimissioni difficili
- Invia al servizio sociale ospedaliero la scheda di segnalazione per tutti i casi di dimissione difficile
- Concorda con il Medico di Medicina Generale i servizi necessari per le dimissioni dei pazienti con bisogno di tipo Sanitario
- Collabora con l'UVG nella valutazione
- Procede alla dimissione dopo aver ricevuto le opportune conferme rispetto all'attivazione dei servizi necessari

**Servizio Assistenza Anziani (SAA):**

- Riceve le segnalazioni di Dimissioni Difficili con bisogno di tipo Sanitario e le invia al ROAD
- Riceve le segnalazioni di dimissioni difficili con bisogno di tipo socio assistenziale e/o sanitario e le invia alla responsabile del caso
- Riceve le conferme dell'attivazione dei servizi necessari alla dimissione per i casi di cui ha ricevuto segnalazione
- Invia all'assistente sociale ospedaliera la conferma dell'attivazione dei servizi territoriali
- Attua le procedure necessarie per l'inserimento del caso nella rete dei servizi
- Raccoglie tutti i dati relativi alle segnalazioni di dimissioni difficili e al percorso intrapreso all'interno della rete dei servizi e li trasmette ai componenti dell'accordo di programma per pianificare e programmare la rete dei servizi

**Lungodegenza Critica Aziendale:**

- Raccoglie le informazioni fornite dalle assistenti sociali ospedaliere alla conclusione del percorso, tramite apposita scheda
- Tali informazioni vengono archiviate in un *data base* appositamente predisposto.



Allegato n. 1

## Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIMISSIONE DIFFICILE O PROTETTA  
(compilare con chiarezza in stampatello e tenere copia in cartella)**

Segnalazione da trasmettere alle assistenti sociali dell'Azienda tramite fax: 0521/702281

UNITA' OPERATIVA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Applicare bollino  
nosografico del paziente

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Famigliari o altre persone di riferimento \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Medico di Base \_\_\_\_\_

Data di ricovero in ospedale \_\_\_\_\_ Data di ricovero nel reparto segnalante \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Medicazioni (specificare motivo, sede e complessità) \_\_\_\_\_

Allettato	<input type="checkbox"/>	Gestione di pompa antalgica	<input type="checkbox"/>
Presenta incontinenza	<input type="checkbox"/>	Gestione di stomie digestive	<input type="checkbox"/>
Non autonomo nella deambulazione	<input type="checkbox"/>	Gestione di stomie urologiche	<input type="checkbox"/>
Non autonomo nell'igiene quotidiana	<input type="checkbox"/>	Gestione di catetere vescicale	<input type="checkbox"/>
Non autonomo nell'alimentazione	<input type="checkbox"/>	Gestione di tracheostomia	<input type="checkbox"/>
Non autonomo nell'assunzione terapia	<input type="checkbox"/>	Terapia infusiva tramite CVC	<input type="checkbox"/>
Necessita di frequente controllo medico	<input type="checkbox"/>	Nutrizione Parenterale Totale*	<input type="checkbox"/>
Necessita di sorveglianza continua	<input type="checkbox"/>	Nutrizione Enterale per SNG*	<input type="checkbox"/>
Necessita di O2 terapia	<input type="checkbox"/>	Nutrizione Enterale per PEG*	<input type="checkbox"/>
Necessita di ventilazione non invasiva	<input type="checkbox"/>	* avvisato Centro Nutrizionale Aziendale	
Necessita di fisioterapia a domicilio	<input type="checkbox"/>	in data _____	

€ Il caso presenta esclusivamente bisogni di tipo sanitario

€ Il caso necessita di prescrizione di presidi ed ausili a domicilio (tipo letto antidecubito, carrozzella, sollevatore o altro)

Data presumibile di dimissione dal punto di vista clinico (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Medico \_\_\_\_\_ (firma leggibile o timbro)



## PROGETTO DIMISSIONI DIFFICILI : SCHEDA INFORMATIVA

POSSIBILE RIENTRO AL DOMICILIO:	SI	NO	NON DEFINIBILE
---------------------------------	----	----	----------------

### Bisogno di tipo Socio Assistenziale e Sanitario

L'ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERA

### Allegato n. 3

## PROGETTO DIMISSIONI DIFFICILI:

**NOTE INTEGRATIVE RELATIVE ALLA SCHEDA INFORMATIVA DEL/LA SIG./RA**

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be from a notebook or a standard sheet of stationery. There is no handwriting or other markings on the page.

## Data

Firma

Allegato n. 4

**PROGETTO DIMISSIONI DIFFICILI :  
COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE DI SERVIZI**

Servizio Sociale Territoriale del Comune di \_\_\_\_\_

- ALL'ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERA  
SIGNORA \_\_\_\_\_
- AL SAA DISTRETTUALE

SEGNALAZIONE DI ATTIVAZIONE DI SERVIZIO PER IL/LA SIGNOR/A

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ DATA RICOVERO \_\_\_\_\_ DATA DI SEGNALAZIONE \_\_\_\_\_

SERVIZI NECESSARI : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA PROGRAMMATA DELLA PRESA IN CARICO \_\_\_\_\_

MODALITA' DELLA PRESA IN CARICO :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA  
L' ASSISTENTE SOCIALE TERRITORIALE

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERA:

INVIATO AL REPARTO \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

FIRMA  
L' ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERA

Allegato n. 5

**PROGETTO DIMISSIONI DIFFICILI :  
RISPOSTA PER DIMISSIONE CON BISOGNO SOCIO SANITARIO**

- ALL'ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERA

SIGNORA \_\_\_\_\_

- AL SAA DISTRETTUALE

L'UVG del Distretto di PARMA, ha valutato la situazione del Sig./ Sig.ra  
\_\_\_\_\_, degente presso il \_\_\_\_\_ Reparto  
\_\_\_\_\_ dal giorno  
\_\_\_\_\_, in presenza della AS dell'A.O. Sig.ra \_\_\_\_\_ e del Medico di base  
Dr. \_\_\_\_\_

In base alla valutazione si è stabilito quanto segue :

- ☐ La **non dimissibilità** in quanto le attuali caratteristiche sanitarie non risultano compatibili con l'assistenza extra ospedaliera fornita dalle strutture della rete
- ☐ La **dimissibilità** dal reparto dal \_\_\_\_\_ senza l'attivazione di servizi
- ☐ La **dimissibilità** dal reparto dal \_\_\_\_\_ ma la dimissione effettiva è subordinata alla disponibilità di un posto in ☐RSA ☐CP secondo il rispettivo elenco di priorità
- ☐ La **dimissibilità** dal reparto dal \_\_\_\_\_ con l'attivazione dei seguenti servizi domiciliari:  
\_\_\_\_\_ attivabile dal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ attivabile dal \_\_\_\_\_

L' UVG del Distretto di Parma



COMUNE DI  
**SANTA SOFIA**  
(Forlì-Cesena)

COMUNICATO

**ACCORDO DI PROGRAMMA**  
**per interventi socio-assistenziali**

tra la Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona  
Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia  
e la Casa per Anziani "S. Vincenzo de' Paoli"





## COMUNE DI SANTA SOFIA (Forlì-Cesena)

## COMUNICATO

**Accordo di programma per interventi socio-assistenziali tra la Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia e la Casa per Anziani "S. Vincenzo de' Paoli"**

Il Presidente della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia al fine di promuovere l'Accordo di programma di cui agli artt. successivi ha convocato per il giorno 2 del mese di dicembre dell'anno duemilasei, alle ore 10, presso la sede del Comune di S. Sofia, la "Conferenza" di cui all'art. 34 del TUEL n. 267 del 18/8/2000, tra i sottoelencati soggetti pubblici:

- Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia;
- IPAB Casa per Anziani "S. Vincenzo de' Paoli" di S. Sofia promuove con i seguenti soggetti pubblici:
- Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia, codice fiscale 80005840402, rappresentata dal Presidente sig. Ivo Marcelli nato a Premilcuore l'8/3/1951;
- IPAB Casa per Anziani "S. Vincenzo de' Paoli" codice fiscale 80003090406 rappresentata dal Presidente sig. Fabbri Roberto nato a S. Sofia il 12/6/1958;

la conclusione del seguente Accordo di programma per interventi socio-assistenziali a favore degli anziani residenti nei comuni di Galeata e Santa Sofia.

## Art. 1

*Principi*

Il presente Accordo di programma intende definire la collaborazione interistituzionale ed interorganizzativa tra la Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia e la Casa per Anziani allo scopo di:

- a) sviluppare il livello di efficacia, qualità, efficienza, equità dei servizi rivolti agli anziani;
- b) rafforzare la collaborazione intercomunale, valorizzando il ruolo degli Enti locali e del volontariato, nonché di tutte le componenti che a livello sociale operano nel settore dell'assistenza agli anziani.

## Art. 2

*Contenuti dell'Accordo*

Attraverso lo strumento dell'Accordo di programma i firmatari intendono gestire in forma integrata i seguenti servizi:

- a) assistenza domiciliare;
- b) centro diurno;
- c) telesoccorso;
- d) lavanderia;
- e) fornitura pasti.

Per la richiesta dei servizi previsti nel presente Accordo l'utente dovrà rivolgersi all'Assistente sociale del SAAT competente.

**Assistenza domiciliare**

Il servizio di assistenza domiciliare persegue il fine di:

- 1) consentire al cittadino di conservare l'autonomia di vita nella propria abitazione e nel proprio ambiente familiare e sociale nei casi in cui venga a trovarsi nell'impossibilità di provvedere completamente a se stesso, senza poter contare sull'aiuto adeguato di familiari e/o parenti o venga a trovarsi in uno stato di necessità che comprometta la continuazione normale della propria vita familiare;
- 2) favorire le dimissioni da ospedali o istituti;
- 3) evitare ricoveri in istituti o ospedalizzazioni qualora non siano strettamente indispensabili;

- 4) promuovere l'autonomia della famiglia a rischio di emarginazione e/o in situazioni problematiche;
- 5) favorire l'integrazione e il collegamento fra i servizi socio-sanitari in grado di concorrere all'autonomia della persona.

Per l'organizzazione del servizio ci si avvale di personale e mezzi messi a disposizione dalla Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia e dalla Casa per Anziani nelle seguenti forme:

**Casa per Anziani:**

- personale tecnico per l'organizzazione del servizio;
- personale amministrativo, per lo svolgimento delle procedure burocratiche;
- personale ausiliario proprio o in convenzione, per lo svolgimento delle specifiche mansioni di assistenza domiciliare. Questo è un operatore dell'area socio-assistenziale che, in base a una specifica formazione, è preposto a livello domiciliare allo svolgimento di una serie di attività integrate che si qualificano come:
  - a. aiuto diretto alla persona;
  - b. cura e governo della casa;
  - c. segretariato;
  - d. igiene e cura personale e interventi infermieristici semplici;
  - e. collaborazione con l'ambiente esterno per la vita di relazione della persona al fine di favorire l'autonomia dell'utente e/o del nucleo nel proprio ambiente di vita, nel rispetto della sua autodeterminazione e al fine di ridurre i rischi di isolamento e di emarginazione;
- mezzi di trasporto per il personale, per gli utenti, ecc. nell'ambito del territorio della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Santa Sofia;
- tutte le strutture in genere presenti nella Casa per Anziani;
- coordinamento di eventuali interventi di associazioni o singoli volontari;
- coordinatore del servizio che svolge i seguenti compiti:
  - a. coordina gli interventi degli assistenti domiciliari per garantire lo svolgimento e la continuità del servizio;
  - b. accerta il regolare svolgimento del servizio;
  - c. concorda con l'assistente sociale le modalità di intervento;
  - d. indice periodiche riunioni con il personale e l'Assistente sociale per l'analisi e la verifica degli interventi attuati.

Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia.

L'Assistente sociale che svolge i seguenti compiti:

- a) esprime parere obbligatorio ai fini dell'ammissione al servizio, sulla base dell'esame della documentazione idonea a comprovare le condizioni effettive della persona e/o del nucleo familiare, ivi comprese le condizioni socio-ambientali ed abitative;
- b) previa visita domiciliare individua le modalità di intervento per ogni caso concordando con l'Assistente domiciliare, l'utente, gli eventuali familiari e/o altre figure di supporto (educatore - volontari - ecc.) il programma d'intervento (modi, tempi e tipologie delle prestazioni, ruolo e compiti delle eventuali figure professionali appartenenti ad altri servizi);
- c) effettua periodiche visite al domicilio per la verifica del programma di intervento;
- d) accerta il regolare svolgimento del servizio attraverso una scheda di assistenza depositata presso il domicilio dell'utente regolarmente aggiornata dall'Assistente domiciliare;
- e) sottopone al coordinatore del servizio le proposte utili al miglioramento dello stesso e riferisce periodicamente alla Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia sull'andamento generale;
- f) tiene i rapporti con il medico curante, i servizi sanitari, assi-

- stenziali ed educativi sollecitandone eventualmente gli interventi in azioni complementari al servizio domiciliare;
- g) indica al coordinatore le opportune modalità per la realizzazione di forme di aggiornamento del personale impegnato nel servizio;
- h) effettua incontri periodici con il personale addetto e la coordinatrice per l'analisi e la verifica degli interventi attuati.

Il personale amministrativo che provvede all'esame dei documenti per l'accertamento del reddito del curando, l'iter burocratico connesso alla determinazione della tariffa oraria e ogni altro compito contabile ed amministrativo collegato all'organizzazione del servizio.

### Centro diurno

È una struttura semiresidenziale socio-sanitaria, operante nell'ambito della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia, che assiste a sostegno delle famiglie, gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, attuando programmi di riabilitazione e di socializzazione.

Il Centro diurno eroga prestazioni socio-assistenziali e garantisce interventi sanitari al fine della risocializzazione, riattivazione e mantenimento delle residue capacità dell'anziano.

Il Servizio viene gestito con personale e mezzi messi a disposizione dalla Casa per Anziani e dai Comuni come di seguito specificato:

Casa per Anziani:

- personale assistenziale con compiti di assistenza, socializzazione, riabilitazione dell'anziano;
- personale amministrativo con compiti di curare l'iter burocratico connesso all'ammissione al servizio ed alla determinazione della retta;
- organizzazione attività di animazione;
- servizio di mensa;
- servizio di lavanderia guardaroba;
- servizio di barba e capelli;
- attività di palestra;
- personale amministrativo con il compito di curare l'iter bu-

rocratico delle richieste, ogni pratica contabile ed amministrativa collegata all'organizzazione del servizio stesso;

- personale addetto al servizio di lavanderia guardaroba che provvedono al lavaggio, stiratura, piccola manutenzione dei capi consegnati e riconsegna degli stessi nell'ora e giorno stabilito.

### Pasti caldi

Il servizio permette ad un anziano di consumare presso la Casa per Anziani o ritirare un pasto da consumarsi al domicilio.

Il servizio viene organizzato con personale e mezzi messi a disposizione dalla Casa per Anziani. Il servizio è in funzione per tutti i giorni della settimana, festivi compresi.

È inoltre prevista la possibilità di richiedere il pasto con consegna al proprio domicilio; in tal caso il servizio è attivo 6 giorni su 7, festivi infrasettimanali compresi, escluse pertanto solamente le domeniche.

Per quanto concerne le modalità di accesso e di funzionamento dei servizi si rimanda allo specifico regolamento che verrà successivamente approvato dalla Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia.

La Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia intende altresì concordare, attraverso l'Accordo di programma, criteri omogenei per l'individuazione dell'Indicatore della Situazione Economica rispetto all'accesso e alla partecipazione degli utenti al costo dei servizi socio-assistenziali erogati nell'ambito del territorio. Detti criteri saranno approvati dal Consiglio della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia.

### Art. 3 Il personale

Il personale cui compete la gestione dei servizi e delle funzioni sopra citate ed i cui costi sono già assunti da parte di ogni singolo Ente partecipante, è di provenienza articolata come si deduce dal seguente prospetto:

Responsabile	N.	Categoria	Profilo professionale	Ore annue
Zona	1	D	Istruttore direttivo	30
IPAB	1	C	Istruttore amministrativo	50
IPAB	1	D	Coordinatore	80
IPAB	2	B	A. d. B.	1000
Zona	1	D	Assist. sociale	50

Legenda:

A – Zona: Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia;

B – IPAB: Casa per Anziani San Vincenzo de' Paoli.

### Art. 4 Le risorse economico-finanziarie

#### Assistenza domiciliare

Nel caso di gratuità del servizio, per ogni ora erogata, la Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia verserà alla Casa per Anziani l'importo orario di Euro 16,58, comprensivo dei costi per personale assistenziale, amministrativo e di coordinamento. Nel costo è compreso anche il rimborso chilometrico ed il tempo di spostamento riconosciuto al personale utilizzato per l'assistenza agli anziani.

Nel caso invece di contribuzione dell'utente, i Comuni provvederanno al versamento alla Casa per Anziani esclusivamente della differenza fra l'importo orario sopradefinito e la quota a carico dell'utente.

#### Centro diurno

Retta giornaliera:

- a) intera giornata per anziano autosufficiente 60% del costo determinato per la retta di ricovero degli anziani autosufficienti;
- b) intera giornata per anziano non autosufficiente 60% del costo determinato per la retta di ricovero degli anziani non autosufficienti;
- c) metà giornata per anziano autosufficiente 40% del costo determinato per la retta di ricovero degli anziani autosufficienti;
- d) metà giornata per anziano non autosufficiente 40% del costo determinato per la retta di ricovero degli anziani non autosufficienti.

Qualora il servizio venga richiesto in modo saltuario, per alcuni giorni la settimana, sarà applicata una maggiorazione di Euro 1,10 per l'intera giornata e di Euro 0,55 per metà giornata.

Gli utenti provvederanno al pagamento della quota stabilita direttamente alla Casa per Anziani totalmente o parzialmente in ragione del regolamento della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia.

### **Telesoccorso**

Gli utenti provvederanno al versamento di una quota di Euro 55,00 direttamente alla Casa per Anziani come contributo di accesso al servizio.

Il canone annuo di gestione è determinato in Euro 27,00 ad utente.

### **Lavanderia**

Le singole tariffe a carico dell'utente vengono determinate nelle seguenti misure:

- Euro 1,11 al pezzo per lavaggio e stiro e manutenzione di biancheria e di indumenti personali di proprietà dell'utente;
- Euro 0,66 per lenzuolo singolo di proprietà della Casa per Anziani;
- Euro 0,31 per federa di proprietà della Casa per Anziani;
- Euro 0,49 per traversa di proprietà della Casa per Anziani;
- Euro 1,82 per copriletto di proprietà della Casa per Anziani.

### **Pasti caldi**

La tariffa a carico dell'utente è determinata nella seguente misura:

- singolo pasto Euro 6,65 ritirato o consumato alla Casa per Anziani;
- singola cena Euro 6,15 ritirato o consumato alla Casa per Anziani;
- singolo pasto con consegna Euro 8,00 a S. Sofia;
- singola cena con consegna Euro 7,10 a S. Sofia;
- singolo pasto con consegna Euro 8,50 a Galeata (minimo 3 pasti, diversamente Euro 9,00);
- singola cena con consegna Euro 8,00 a Galeata (minimo 3 cene, diversamente Euro 8,50).

Dall'attivazione dei suindicati servizi non deriverà direttamente alcun onere a carico del bilancio della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia.

La Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia si assumerà eventuali compartecipazioni finanziarie alle spese degli utenti solo dietro la loro ammissione alla fruizione di benefici economici, ai sensi dello specifico regolamento disciplinante la materia.

### **Art. 5**

#### *Composizione della Commissione di concertazione sull'Accordo di programma*

Per perseguire gli obiettivi del presente Accordo viene costituita una Commissione interistituzionale composta da:

- Coordinatore della Casa per Anziani;
- Presidente della Casa per Anziani;
- Assessore ai Servizi sociali della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese;

- Funzionario ai Servizi sociali della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia;
- Assistente sociale Sportello SAAT.

I compiti della Commissione sono i seguenti:

- parere obbligatorio per l'ammissione ai servizi per i casi urgenti indipendentemente dalla posizione in graduatoria;
- parere obbligatorio sulla tariffa oraria dei servizi principali e sulle tariffe dei servizi integrativi;
- parere sul programma annuale dei servizi;
- parere sui rimborsi spese al volontariato.

### **Art. 6**

#### *Durata e modifiche dell'Accordo*

La durata del presente Accordo è stabilita in anni tre con decorrenza dalla data della sua sottoscrizione.

Il presente Accordo può essere modificato sia aumentando gli attori coinvolti sia ampliando le aree di intervento con approvazione unanime dei sottoscrittori del presente Accordo.

### **Art. 7**

#### *Revisione tariffe*

A decorrere dal II anno di Accordo le tariffe previste verranno rivalutate in base all'indice ISTAT; al fine di garantire una maggiore operatività nei confronti degli utenti, le tariffe verranno rivalutate all'1/1/2008 e all'1/1/2009 con riferimento all'indice ISTAT rilevato al 31/12 di ogni anno su base annua.

### **Art. 8**

#### *Approvazione e pubblicazione dell'Accordo*

Il presente Accordo di programma, sottoscritto dai legali rappresentanti delle Amministrazioni interessate, è approvato ai sensi dell'art. 34 del TUEL n. 267/2000 e verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale regionale a cura della Comunità Montana dell'Appennino Forlivese Zona Due Valli Comuni di Galeata Premilcuore Santa Sofia.

### **Art. 9**

#### *Controversie*

Ogni controversia derivante dall'esecuzione del presente Accordo che non venga bonariamente definita dalla Commissione di cui al precedente art. 5 sarà devoluta all'Organo competente per materia.

Il presente Accordo sarà posto alla registrazione solo in caso d'uso con spese a carico dell'Ente richiedente.

Letto, approvato e sottoscritto in ciascun foglio, in segno di accettazione e di conferma.

per LA COMUNITÀ MONTANA  
DELL' APPENNINO FORLIVese ZONA DUE VALLI  
COMUNI DI GALEATA PREMILCUORE SANTA SOFIA  
Ivo Marcelli

per LA CASA PER ANZIANI  
"SAN VINCENZO DE' PAOLI"  
IL PRESIDENTE  
Roberto Fabbri

































## LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

**Edicola del Comunale** S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna

**Libreria di Palazzo Monsignani** S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)

**Libreria del professionista** – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini

**Nuova Tipografia Delmaino** S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

**Libreria Bettini** S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena

**Libreria Incontri** – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

**Libreria Feltrinelli** – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma

**Edicola Libreria Cavalieri** – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

## MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

– Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo

– Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

**Avvertenza** – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

**L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.**

**La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.**

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.

Registrazione del Tribunale di Bologna n. 4308 del 18 dicembre 1973 – Proprietario: Giunta regionale nella persona del Presidente Vasco Errani – Direttore responsabile: Roberto Franchini – Responsabile Redazione e Abbonamenti: Lorella Caravita – Stampa e spedizione: Grafica Veneta S.p.A. Trebaseleghe Stampato su carta riciclata al cento per cento