



REGIONE LAZIO

Assessorato
Salvaguardia e Cura della Salute

Problemi istituzionali del SSN

prot. n. 2871 sett. 53/1 e 60

30 NOV. 1999

Roma, lì

- Ai direttori generali Aziende sanitarie Lazio
- Ai commissari straordinari Aziende sanitarie Lazio
- Ai Collegi sindacali
- Alle Conferenze locali per la sanità
- Al Comune di Roma
- All'ANCI
- Ai sindacati CGIL, CISL, UIL e sind. Pensionati
- All'AIOP
- All'ARIS
- Al CODICI
- Al CODACONS
- Al Movimento federativo democratico
- Al Tribunale per i diritti del malato
- Osservatorio regionale del volontariato
- Osservatorio regionale per il monitoraggio delle RSA
- Alla Consulta cittadina per problemi anziani
- Alla Consulta cittadina per problemi handicap
- e, p. c. Al Commissariato di Governo
- Al Ministero Sanità
- Al Ministero dell'Interno
- Al Ministero Affari sociali
- Alle Amministrazioni provinciali del Lazio
- All'INRCA

CIRCOLARE N. 44

OGGETTO: Residenze Sanitarie Assistenziali - Attuazione DGR 2499/97

PREMESSA

L'attuazione del programma di realizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali nel Lazio ha comportato l'adozione, da parte di questa Regione, di numerosi provvedimenti e direttive finalizzati a coinvolgere nel processo di trasformazione i livelli istituzionali e i soggetti a diverso titolo interessati, ponendo un'attenzione particolare ai destinatari del servizio.

Infatti, contestualmente all'avvio delle RSA di nuova istituzione, ai sensi della legge regionale 41/93 è stato attivato, con DGR 2499/97, il processo di riconversione delle case di cura di lungodegenza che, attraverso un percorso segnato da tempi programmati e da concordate modalità di realizzazione, sta creando la disponibilità di circa 2.500 posti residenza, con riflessi significativi sull'intero sistema sanitario.

Da segnalazioni pervenute a questo Assessorato emerge però che detto processo presenta ancora alcune disarmonie e criticità che devono essere efficacemente e tempestivamente affrontate. Al riguardo risulta, tra l'altro, che mentre alcune case di cura hanno provveduto ad adottare le iniziative necessarie in ordine agli impegni di competenza definiti nelle intese, tanto che risulta completato l'iter autorizzativo, altre procedono con notevole ritardo sia per gli adeguamenti strutturali sia per quelli organizzativi.

In ordine a questo aspetto si richiamano codeste Aziende USL ad un puntuale e responsabile impegno, nell'attività di monitoraggio, verifica e controllo nelle varie fasi per garantire, anche attraverso provvedimenti sanzionatori da adottare in caso di gravi inadempienze o ritardi, il rispetto dei tempi e delle modalità concordate.

D'altro canto la sperimentality del servizio, le caratteristiche particolari dei destinatari; la delicatezza del percorso impongono, in alcuni casi, la ricerca di soluzioni originali, seppure di carattere transitorio, improntate alla massima concretezza e flessibilità al fine, soprattutto, di affrontare e risolvere la specificità delle singole situazioni e di contrastare eventuali stati di disagio e di incertezza sia per l'utenza assistita che per gli stessi operatori.

Ciò premesso appare utile richiamare in maniera organica gli aspetti più rilevanti ritenuti essenziali e pregiudiziali, oggetto di precedenti e specifiche direttive regionali, a cui codeste Aziende USL dovranno fare riferimento per l'attività di vigilanza e controllo sugli aspetti strutturali, organizzativi e tecnici, sia per le RSA in fase di riconversione sia per quelle di nuova istituzione.

TIPOLOGIE DI RSA

• RSA di nuova istituzione: trattasi di strutture pubbliche o private istituite e gestite ai sensi della legge regionale 41/93 da parte di:

1. Aziende USL
2. Comuni
3. IPAB o altre istituzioni ed Enti pubblici
4. soggetti privati.

- RSA derivanti dal processo di riconversione delle case di cura per lungodegenti di cui all'allegato 2 della DGR 2499/97, ai sensi dell'art.11 della L.R. 55/93
- RSA derivanti dal processo di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche ovvero degli Istituti Psichiatrici e degli ex Istituti Psichiatrici ai sensi dell'art. 12 della L.R.55/93
- Nuclei di RSA presso le strutture residenziali socio-assistenziali per anziani e disabili adulti (case di riposo).

REQUISITI STRUTTURALI

Nelle more del recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997 concernente i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, sia per le RSA di nuova istituzione che per quelle interessate al processo di riconversione, si applicano le disposizioni e gli indirizzi rispettivamente contenuti nel DPCM 22.12.1989 e nelle Linee Guida del Ministero della Sanità n.1/94.

Si richiamano di seguito gli aspetti più rilevanti:

- la RSA si articola in nuclei elementari singoli, per anziani non autosufficienti fino a 20 posti e per disabili fisici o sensoriali fino a 15 posti. La capacità recettiva minima della RSA è di 20 posti residenza; di norma detta capacità non può superare gli 80 posti che possono arrivare fino ad un massimo di 120 per le motivazioni indicate nel decreto sopracitato ovvero per quelle definite nella deliberazione di Giunta Regionale 2499/97 o per documentate esigenze del territorio dell'azienda USL dove la struttura è ubicata;
- per ogni ospite deve essere garantita una superficie totale utile funzionale di 40 mq.. Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20 per cento degli standard; non devono essere pertanto computati nella superficie complessiva per ospite gli spazi esterni comprese terrazze e balconi, i quali, comunque, opportunamente attrezzati, potranno costituire un importante elemento di qualità del servizio;
- nelle strutture in cui sono presenti diverse tipologie assistenziali (RSA - lungodegenza medica - riabilitazione) è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti al centro servizi di vita collettiva, ai servizi sanitari, ai locali ausiliari ed ai servizi generali. In tal caso, non essendo possibile la verifica della disponibilità di superficie totale utile funzionale, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze dell'intera struttura, con particolare attenzione alle palestre, agli ambulatori di fisiochinesiterapia etc.....;
- nel bagno assistito, previsto tra i servizi di nucleo, è consentita l'installazione di docce per disabili in luogo delle vasche ospedaliere; in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere del nucleo siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza; nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti. Detti servizi devono essere posti nello stesso nucleo e facilmente raggiungibili;

- le docce dovranno essere inserite o nei servizi igienici completi ovvero in locali autonomi per ciascuna doccia;
- il locale cucina, previsto tra i servizi di nucleo, potrà essere sostituito da un angolo cottura all'interno della saletta da pranzo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

A) DOTAZIONE DI PERSONALE

La dotazione organica prevista per la RSA è quella indicata nell'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/94 e nella allegata tabella A.

Fermo restando il numero minimo complessivo individuato nel predetto regolamento, il personale di assistenza (infermieri, terapisti della riabilitazione, OTA o figure similari, terapisti occupazionali, educatori professionali), può essere articolato diversamente tra le varie professionalità, in relazione alla specifica connotazione della RSA ed in funzione delle esigenze prevalenti degli ospiti previo accordo con l'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la RSA.

A garanzia della continuità assistenziale e relazionale, detto personale dovrà essere a rapporto di lavoro dipendente ed allo stesso dovranno essere applicati gli istituti contrattuali previsti dal comparto sanitario, pubblico o privato, in relazione alla tipologia della RSA.

Il personale amministrativo ed il personale addetto ai servizi generali (approntamento dei pasti, servizio lavanderia, servizio di pulizia), in rapporto al numero degli ospiti e al sistema organizzativo della struttura, potrà essere acquisito anche mediante forme consortili o accordi con altre RSA o altre istituzioni sanitarie, con aziende erogatrici di servizi ovvero, più in generale, con le modalità consentite dalla normativa vigente.

In tale ipotesi, ferma restando la necessità di verifica della qualità dei servizi resi, la dotazione organica dovrà essere riconsiderata in rapporto alla scelta organizzativa operata dalla struttura, applicando le eventuali e conseguenti riduzioni del numero degli addetti ai servizi in questione (addetti ai servizi generali di III° e IV° livello).

Per quanto riguarda gli OTA, la riduzione del numero degli addetti potrà essere applicata esclusivamente per la quota corrispondente alle funzioni che non comportano l'assistenza diretta agli ospiti e non potrà superare il 25% della dotazione indicata nella tabella A del Regolamento sopracitato, riferita al personale non sanitario.

L'incarico di medico responsabile di RSA è ricoperto da sanitari in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente; sono da considerare accettabili anche le specializzazioni affini e/o equipollenti o, in carenza, l'esercizio di funzioni assistenziali svolte per almeno tre anni presso strutture di lungodegenza, con rapporto di lavoro dipendente o a convenzione per almeno 28 ore settimanali.

Si coglie l'occasione per ribadire che, nelle more dell'avvio dei corsi di riqualificazione previsti per il personale in servizio presso le case di cura per lungodegenza, dovranno essere rispettati gli accordi specifici stipulati a livello regionale.

B) REGOLAMENTO INTERNO

Questa Regione sta predisponendo, anche sulla base dei primi risultati della sperimentazione ed in accordo con le associazioni AIOP-ARIS, una proposta di Regolamento-tipo che le RSA dovranno adottare. Nelle more si dovrà fare riferimento alle indicazioni contenute nell'articolo 11 comma 4 del R.R.1/94, integrando lo stesso nel caso in cui la RSA sia inserita nell'ambito di una struttura complessa polifunzionale.

C) CARTELLA PERSONALE

Per ogni ospite di RSA si dovrà istituire la cartella personale contenente tutte le informazioni necessarie, periodicamente aggiornata dal personale di assistenza, quale strumento indispensabile per garantire la continuità e la tempestività degli interventi terapeutici. Nella stessa dovranno essere riportati anche gli interventi di riabilitazione e di risocializzazione effettuati.

D) PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE

L'Unità Valutativa del CAD, che ha curato la valutazione dei singoli ospiti ai fini dell'ammissione e a cui fa carico la sorveglianza della qualità delle prestazioni rese, provvede a definire, d'intesa con il medico di medicina generale ed il medico responsabile della struttura, il piano di intervento individuale, indicando nello stesso la tipologia e la periodicità degli interventi terapeutici e riabilitativi, nonché la tipologia e la periodicità degli accertamenti di laboratorio e di radiologia ritenuti necessari in relazione allo stato della persona.

Sarà cura del medico di medicina generale ovvero del medico responsabile della struttura riportare in cartella le motivazioni delle eventuali deroghe o scostamenti rispetto a quanto concordato con l'Unità Valutativa Territoriale, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni specialistiche e di laboratorio.

E) PRESTAZIONI DI MEDICINA GENERALE

Nella RSA le prestazioni di medicina generale sono erogate dal medico di libera scelta dell'assistito, nei limiti e nelle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo nazionale. Al riguardo ed in riferimento all'art. 39 comma 1 lett.b del D.P.R. n. 484/96, è stato sottoscritto dalle parti in data 17 giugno 1997 e recepito con DGR n. 4897 del 31.7.1997 l'accordo regionale, trasmesso ai direttori generali delle Aziende USL con nota del 6.11.1997 prot.19406 sett 55/I. Altre comunicazioni: 24.4.1998 prot. 11083/ sett.55/I e circolare n.20 del 4.6.1998 nelle quali è previsto che le prestazioni di medicina generale, nei confronti degli ospiti delle RSA siano erogate dal medico di libera scelta che deve assicurare la presenza effettiva settimanale di:

- ogni 20 assistiti un'ora al giorno per cinque giorni
- da 10 a 19 cinque ore settimanali non continuative
- fino a 9 3 ore settimanali non continuative
- fino a 3 un'ora settimanale

Alle persone interessate vengono assicurate tutte le prestazioni previste dall'A.C.N. (visite mediche, consulto con lo specialista, accesso presso gli ambienti di ricovero, assistenza farmaceutica, richiesta di visita o indagine specialistica, proposta di ricovero o di cure termali, segnalazione ai servizi sociali dell'esigenza di particolari interventi, note esplicative per eventuali servizi di guardia medica, prestazioni aggiuntive).

Il medico è tenuto a concordare, con il responsabile della struttura, il giorno o i giorni della settimana in cui sarà presente per assolvere agli obblighi previsti per ciascuno dei suoi assistiti. Il rispetto dell'impegno complessivo di presenza sarà documentato mediante firma di un apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio di ogni accesso; l'articolazione dell'orario di presenza concordato dovrà garantire la continuità assistenziale agli ospiti. A tal riguardo sarebbe auspicabile che ciascun medico abbia in carico un numero di assistiti non inferiore a 20 e non superiore a 40.

Per ogni assistito in RSA il medico di assistenza primaria riceverà una quota capitaria di lire 75.000 mensili onnicomprensiva.

Al fine della verifica da parte del distretto dell'Azienda USL competente per territorio riferito alla RSA, il responsabile della stessa inoltra al responsabile sanitario del distretto il foglio riepilogativo degli accessi eseguiti nel mese da ciascun medico e comunica mensilmente il numero degli assistiti in carico a ciascun medico e le relative variazioni.

E) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Per gli ospiti delle RSA, può essere consentita la fruizione delle prestazioni specialistiche indicate nei piani di intervento individuale e prescritte dal medico di medicina generale presso i servizi diagnostici e specialistici presenti nel complesso polifunzionale in cui è collocata la struttura, nel rispetto delle disposizioni contenute nei provvedimenti regionali di settore.

F) COMITATI DI PARTECIPAZIONE

Si richiama l'importanza del Comitato di partecipazione degli ospiti previsto dall'art. 23 del R.R. 1/94, non solo per la sua funzione promozionale, ma anche di concorso all'affermazione dei diritti delle persone ospiti correlata ai doveri comprendenti anche la partecipazione al costo del servizio in relazione alla propria capacità contributiva.

Le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini hanno avanzato richiesta di far parte del predetto comitato non solo in alternativa alle associazioni di volontariato, così come risulterebbe da una interpretazione rigida del Regolamento regionale.

Tenuto conto del ruolo attivo svolto sia a livello delle singole strutture che nell'osservatorio regionale, si ritiene che possa essere consentita, là dove ne viene fatta richiesta, la presenza di entrambi i rappresentanti di tali associazioni.

Viene segnalata, all'interno di alcune strutture, la presenza di persone estranee, le cosiddette "badanti", a cui i familiari degli ospiti affidano il compito della compagnia e di alcune attività di supporto.

Al riguardo si ribadisce che la RSA è tenuta, tra l'altro, a garantire con proprio personale la cura della persona e l'aiuto all'ospite nel compimento delle attività quotidiane della vita ed a favorire la massima partecipazione dei familiari dello stesso, cui deve essere assicurato l'accesso alla struttura senza rigidi limiti di orario.

La presenza organizzata delle associazioni di volontariato, all'interno della RSA, con ruolo prevalente di compagnia e di relazione, dovrà concorrere a contrastare ed a ridimensionare il fenomeno soprarichiamato che, a parere di questo assessorato, dovrà essere gradualmente e completamente superato.

Sulla questione potrà essere coinvolto anche il Comitato di partecipazione, quale organismo deputato a raccogliere e valutare particolari esigenze degli ospiti.

ACCESSI E VALUTAZIONI

Per quanto riguarda le modalità di accesso in RSA, le procedure e gli strumenti valutativi, si rinvia a quanto previsto dal Regolamento regionale, dalla DGR 2499/97 e dalle numerose direttive impartite al riguardo.

Nelle aziende Usl ovvero nelle aziende ospedaliere in cui è stata costituita formalmente l'unità valutativa geriatrica ospedaliera per la valutazione dell'accesso in RSA o in lungodegenza delle persone ivi ricoverate, ci si può avvalere di dette U.V.G., che sono tenute a trasmettere tempestivamente le risultanze della valutazione stessa al CAD di residenza della persona interessata.

Presso ciascuna Azienda USL ovvero presso il distretto ove sono ubicate le strutture, dovrà essere costituita e curata una lista di attesa delle persone valutate per l'ammissione in RSA individuando, in relazione alle peculiarità della organizzazione aziendale, al numero e alla distribuzione delle strutture ospitanti, le modalità più idonee a garantire l'equità dell'accesso e la libera scelta.

L'inserimento in lista di attesa e l'accesso nella struttura con disponibilità di posto potrà avvenire dopo che l'Unità Valutativa Territoriale avrà: a) espresso il parere favorevole, b) acquisito, dall'assistito o dai suoi familiari, l'impegno al pagamento della quota a proprio carico ovvero inviato la comunicazione al Comune di residenza dell'ospite nel caso in cui lo stesso non sia in grado di corrispondere la propria quota in tutto o in parte.

Quanto sopra onde evitare un diverso trattamento tra le persone che hanno sottoscritto l'impegno e quelle che non sono in grado di concorrere al pagamento della quota parte della diaria a proprio carico.

COMMISSIONE DI SECONDA ISTANZA

Accogliendo la richiesta dell'Osservatorio Regionale di monitoraggio sulle RSA (DGR 8109/97) e rilevandone la opportunità con DGR n. 2112 del 20.4.1999 è stata costituita una

commissione paritetica di seconda istanza per il riesame delle assegnazioni alle funzioni di RSA da parte delle Unità Valutative delle Aziende USL, le cui modalità di funzionamento sono ivi riportate.

Le aziende Usi sono invitate a fornire tutte le informazioni necessarie per garantire l'accesso alla rivalutazione e a curare la raccolta della documentazione richiesta, ferma restando la facoltà per ciascuna azienda di provvedere direttamente al riesame dei casi.

APPLICAZIONE ART. 11 L.R. 41/93

Qualora l'ospitalità in RSA sia offerta ad una persona dimessa dall'ospedale per malattia acuta e che non abbia usufruito di un trattamento post-acuzie in una struttura per lungodegenza o di riabilitazione, la partecipazione al costo del servizio ha inizio dopo il secondo mese di ospitalità, semprechè l'ospitalità stessa rappresenti una fase riabilitativa finalizzata al rientro del paziente al proprio domicilio.

In rapporto ai riflessi economici che ne derivano, in calce al parere favorevole espresso dalla Unità Valutativa Territoriale dovrà essere aggiunto "ricorrono le condizioni per l'applicazione dell'art.11 della L.r. 41/93".

La stessa dicitura dovrà essere riportata anche nell'autorizzazione all'ammissione in RSA.

E' inoltre opportuno acquisire l'impegno della famiglia ad assicurare il rientro a domicilio del proprio congiunto al termine del periodo predetto.

Entro la scadenza dei due mesi l'UVT dovrà procedere ad una verifica delle condizioni della persona interessata disponendone la dimissione ovvero prorogando la permanenza in RSA; in quest'ultimo caso l'utente (oppure il Comune di residenza dello stesso) è tenuto ad iniziare a corrispondere la quota a proprio carico.

ASSENZE TEMPORANEE

Gli ospiti di RSA possono essere dimessi, anche in via temporanea per ricovero in altra struttura sanitaria, per rientro in famiglia o per altri motivi, con diritto di riammissione alla data programmata.

Per individuare una soluzione che consenta di garantire la conservazione del posto residenza all'ospite senza produrre una perdita economica alle strutture ospitanti, il fenomeno delle uscite temporanee dovrà essere oggetto di una specifica attività di osservazione e monitoraggio che consenta di rilevarne la frequenza, l'entità e la motivazione.

Presso la RSA deve essere istituito perciò un apposito registro o altro mezzo di rilevazione concordato con l'Azienda USL nel quale sono riportate le interruzioni, anche temporanee, di trattamento o di ospitalità. Tali registrazioni devono essere aggiornate dal personale amministrativo e rese disponibili per i controlli di vigilanza.

Le informazioni raccolte nel periodo di sorveglianza potranno fornire elementi utili per un eventuale ricalcolo della retta giornaliera.

Nelle more, anche in riferimento ai numerosi quesiti pervenuti a questa regione, si ritiene necessario comunque fornire indicazioni per la gestione dell'attuale fase transitoria anche in analogia ad altre situazioni di residenzialità.

Le uscite temporanee per rientro in famiglia o per altri motivi, che devono essere autorizzate preventivamente dalla Unità Valutativa Territoriale, non possono avere la durata superiore a due giorni con diritto alla conservazione del posto e non dovranno superare dieci giorni complessivi nel corso dell'anno; durante detto periodo verrà riconosciuta alla struttura ospitante esclusivamente la quota a carico del F.S.R.

Per le assenze determinate da ricoveri in strutture ospedaliere, la RSA è tenuta alla conservazione del posto per almeno tre giorni e fino ad un massimo di dieci, su richiesta dell'ospite; la corresponsione della quota parte della retta a carico dell'Azienda USL viene sospesa per tutta la durata del ricovero, mentre l'utente, ovvero il Comune di residenza, continua a corrispondere la quota a proprio carico.

Nei casi in cui il ricovero ospedaliero superi i dieci giorni l'assistito avrà comunque diritto di priorità nel rientro in RSA.

CORRESPONSIONE QUOTA UTENTE

Viene da più parti segnalato un notevole ritardo, nella comunicazione agli interessati, della quota parte della diaria a loro carico con conseguenti difficoltà degli stessi a far fronte, in un'unica soluzione, alla corresponsione delle somme arretrate.

Nel ribadire che la decorrenza per l'inizio del concorso al costo del servizio da parte degli ospiti di RSA nonché per le persone già ricoverate nelle case di cura per lungodegenza ed assegnate alle funzioni di RSA è stata fissata, con DGR 2270/98 al 1° luglio 1998, si richiama la diretta responsabilità di codeste Aziende USL per la mancata attuazione delle direttive impartite da questo Assessorato.

RAPPORTI CON I COMUNI

In attuazione delle DGR 6020/98 e 7386/98, in data 7 maggio u.s. sono stati erogati ai Comuni i finanziamenti per il II° semestre 1998 per gli oneri relativi alla quota parte della retta della RSA a favore dei propri residenti non in grado di concorrere al costo del servizio; con detto provvedimento la regione ha corrisposto complessivamente la somma totale pari a circa 11 miliardi.

L'Assessorato alle Politiche per la qualità della vita ha impartito ai Comuni le direttive per richiedere i contributi a tal fine iscritti nel bilancio regionale per l'anno in corso, definendo contestualmente i criteri ed i parametri economici per l'assegnazione dei finanziamenti disponibili.

Le aziende USL sono invitate pertanto a sollecitare l'impegno dei Comuni sia per la valutazione congiunta di quanti richiedono l'inserimento in RSA, sia per l'accertamento della capacità contributiva delle persone, già ospiti delle strutture, che non hanno sottoscritto l'impegno a corrispondere la quota a proprio carico.

PRESTAZIONI AD OSPITI NEFROPATICI CRONICI

Così come previsto dalla DGR 619/98 "Piano regionale in materia di nefrologia e dialisi" possono essere istituite Unità di Dialisi Decentrate per Anziani (UDDA) presso RSA con numero significativo di ospiti nefropatici.

Nelle RSA dove sono presenti le UDDA dovranno essere assicurate le prestazioni di dialisi con priorità agli ospiti nefropatici rispetto agli utenti esterni.

AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED AL FUNZIONAMENTO

Nelle more della emanazione della normativa concernente l'autorizzazione alle strutture sanitarie, in applicazione del Decreto legislativo n.229/99, si dovrà fare riferimento, per le RSA, alle indicazioni contenute nella circolare n.28 del 3 maggio 1995 e successive modificazioni ed integrazioni, tenendo conto altresì delle norme e regolamenti intervenuti nel frattempo.

L'autorizzazione alla realizzazione di nuove RSA è regolata, comunque, dalle disposizioni contenute nell'art. 8, ter. comma 3, del D.Lgs. 229/99 che dispone l'acquisizione, da parte del Comune, della verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione.

Si ritiene invece utile definire l'organico minimo per il rilascio del nulla osta al funzionamento alle RSA già autorizzate, nelle quali dovrà essere garantita l'attivazione di almeno un nucleo di 20 posti residenza con le figure professionali di seguito indicate:

- 1 Medico Responsabile per almeno quattro ore giornaliere (24 ore settimanali)
- 1 Infermiere Dirigente
- 4 Infermieri professionali
- 1 Terapista della riabilitazione
- 4 OTA

nonché il personale addetto ai servizi generali.

In relazione all'ammissione di nuovi ospiti, oltre quelli del primo nucleo, la RSA è tenuta ad adeguare proporzionalmente l'organico che dovrà essere verificato dai competenti servizi dell'azienda USL.

VIGILANZA

Per quanto riguarda la valutazione dei singoli casi, la predisposizione e la verifica dei piani di intervento, il controllo della qualità delle prestazioni offerte all'utenza, si richiamano le disposizioni contenute nella normativa regionale, con particolare riferimento alle funzioni attribuite alle unità valutative dei centri di assistenza domiciliare. Le funzioni di vigilanza complessiva sulle strutture dovrà essere garantita dalle unità operative multidisciplinari di cui all'articolo 19, comma 4, del R.R. 1/94.

La funzione di vigilanza da parte delle aziende USL assume infatti, per le strutture di che trattasi, un rilievo particolare dovendo realizzare non soltanto l'attività di verifica e controllo del rispetto delle regole e delle norme, ma anche promuovere una nuova cultura di servizio orientata alla valutazione continua delle esigenze assistenziali del singolo utente e della comunità di riferimento, ed indirizzata verso l'erogazione di prestazioni personalizzate, appropriate e di elevata qualità.

Si richiama l'attenzione di codeste aziende sulla necessità di garantire la diffusione capillare delle disposizioni contenute nella presente circolare, non solo alle unità operative aziendali interessate ma anche a tutti gli operatori distrettuali, affinché venga assicurata la massima informazione all'utenza in ordine al servizio, alla sua tipologia e finalità, alle prestazioni offerte, alle condizioni di ospitalità, alle modalità e procedure di accesso ed alla partecipazione al costo del servizio stesso.

L'ASSESSORE
(Lionello Cosentino)

