

1) Quando è entrata in vigore la D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012?

L'applicazione delle disposizioni contenute nella D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 decorre dalla data di pubblicazione sul B.U.R. avvenuta il 9 agosto 2012.

2) A chi deve essere inviata la comunicazione relativa al nucleo/i destinati alla Continuità Assistenziale?

La comunicazione relativa al nucleo/i destinati alla Continuità Assistenziale deve essere effettuata alla Commissione di Vigilanza competente per territorio e, per conoscenza, alla Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia.

3) Il percorso di Continuità Assistenziale si configura come “aggiuntivo” o come “autonomo” rispetto a quello di inserimento della persona anziana in RSA?

Il percorso di Continuità Assistenziale si realizza e si conclude indipendentemente da una sua prosecuzione con un inserimento in struttura RSA. E' possibile l'inserimento in struttura RSA in seguito a ricovero ospedaliero e successivo passaggio in Continuità Assistenziale ma l'inserimento con posto letto cd. “convenzionato” con il SSR può essere disposto solamente a seguito di valutazione clinica dell' U.V.G. competente.

4) Che cosa si intende per “biancheria piana”?

Per “biancheria piana” si intendono lenzuola, federe, coperte, tovaglie etc.

5) Che cosa si intende per “biancheria personale” degli ospiti?

Per “biancheria personale” degli ospiti si intendono i capi di abbigliamento intimo, i pigiama e le camicie da notte.

6) Da chi devono essere sostenute le spese relative ai trasferimenti in ambulanza per effettuare prestazioni diagnostiche e specialistiche?

Le spese relative ai trasferimenti in ambulanza per effettuare prestazioni diagnostiche e specialistiche ai sensi dell'Allegato 1 punto 5.5 sono garantite dall'ASL per gli utenti in convenzione con integrazione tariffaria da parte dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali, dall'utente stesso nel caso in cui non vi sia integrazione tariffaria. Allo stesso modo provvederà l'utente stesso nel caso si tratti di un ospite in RSA in regime privato.

7) Da chi devono essere sostenuti i costi per il trasporto da e per l'ospedale?

Escludendo il servizio emergenza 118, i costi per il trasporto da e per l'ospedale, come previsto dall'Allegato 5 al punto 5, nonché i costi relativi alle visite obbligatorie inerenti a certificazioni di salute (invalidità, disabilità grave, rivalutazione clinica dell'U.V.G.), sono ricompresi nella tariffa giornaliera e, quindi, a carico della struttura.

8) Da chi devono essere sostenuti i costi per il trasporto da una struttura a un'altra?

Anche in questo caso il trasporto da una struttura a un'altra è garantito dalla struttura.

9) E' l'Unità di Valutazione Geriatrica che decide in assoluto i livelli di assistenza? In caso di contrasto esiste una commissione sovraordinata che possa dirimere le eventuali controversie tra le strutture e l' U.V.G.?

Si. L' U.V.G. essendo un'equipe multidisciplinare, costituita da molteplici figure professionali (tra cui un medico geriatra, un assistente sociale che rappresenta l'Ente Gestore dei Servizi Sociali, un infermiere professionale, etc.), che possono essere supportate da altri medici specialisti dell'ASL, da psicologi e dal medico di fiducia dell'utente, è garanzia di un sistema strutturato di valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni dell'anziano. In ogni caso, come stabilito al punto 11.2 dell'Allegato 1 della D.G.R. 45-4248/2012, verrà emanato un provvedimento in cui saranno definite le modalità di opposizione alle valutazioni effettuate dall'U.V.G..

10) Il Direttore Sanitario si deve occupare solo degli aspetti clinici o può esprimere un parere su altri aspetti, come la compilazione del menù o l'assegnazione del personale?

Considerato che la "compilazione del menù" può incidere sulla salute dell'anziano si ritiene che il Direttore Sanitario possa esprimere un parere a riguardo, fermo restando che i menù devono essere visti dall'ASL competente per territorio.

Esula, invece, dai compiti facenti capo alla figura del Direttore Sanitario "l'assegnazione del personale", se non rientra nell'attività di "coordinamento dell'assistenza medica e specialistica effettuata all'interno della struttura".

11) E' possibile utilizzare la figura del terapeuta occupazionale come professionista di attività di riabilitazione e mantenimento psico-fisico nelle residenze per anziani non autosufficienti?

Sì. Il terapeuta occupazionale rientra tra le professioni sanitarie riabilitative riconosciute dal Ministero della Salute. Ai sensi dell'art. 1, comma 5 del D.M. n. 136 del 17 gennaio 1997 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale) il terapeuta occupazionale può svolgere la sua attività professionale in strutture socio-sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale.

12) Il Direttore Sanitario può ricoprire anche la funzione di Medico di Medicina Generale o di Responsabile di Struttura?

No. La DGR 45/2012 prevede che il Direttore Sanitario sia un medico, preferibilmente specialista in geriatria e/o in medicina interna e/o in organizzazione e igiene dei servizi sanitari; tra le sue funzioni figurano il coordinamento dell'assistenza medica da parte dei Medici di Medicina generale all'interno della struttura e la verifica delle modalità e della qualità delle prestazioni rese dai Medici di Medicina Generale.

In virtù di tali responsabilità, non è possibile che un medesimo soggetto assuma nello stesso tempo l'incarico di Direttore Sanitario e di Medico di Medicina Generale a cui spetta garantire l'attività di assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate con il S.S.N..

Similmente, essendo la figura del Responsabile di Struttura sovraordinata al Direttore Sanitario, un medesimo soggetto non può assumere nello stesso tempo l'incarico di Direttore Sanitario e di Direttore di Comunità Socio-sanitaria.

13) Nell'arco dello stesso anno possono essere effettuati, in caso di ripetuti ricoveri ospedalieri per la stessa condizione patologica o per aggravamenti/complicanze della stessa, su proposta del Reparto ospedaliero di ricovero, più periodi di ricovero in RSA in regime di continuità assistenziale – fase intensiva ed estensiva oppure, in tali casi, dopo il primo ricovero, deve essere proposto un ricovero in fase di lungoassistenza?

Per un paziente ricoverato più volte in ospedale, qualora venga indicato il percorso della continuità assistenziale in RSA da parte del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure di concerto con il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure, tale percorso parte sempre dalla fase intensiva, escludendo la possibilità di avvio dalla fase di lungoassistenza.

14) Chi rilascia l'autorizzazione al funzionamento per le RSA?

L'autorizzazione al funzionamento, per le RSA previste dalla D.G.R. 45-4248/2012, come indicato al punto 1.1 dell'Allegato 1, è rilasciata dall'ASL competente per territorio.

15) Esiste da parte dell'ASL un obbligo di avvalersi delle strutture accreditate?

No, tale obbligo non esiste; vige, infatti, la possibilità di scelta delle strutture da parte delle persone interessate e dei loro familiari ai sensi della D.G.R. 18-15227 del 30 marzo 2005.

16) Nel caso di servizi residenziali extraospedalieri chi è il soggetto che autorizza e l' ASL ha l'obbligo di avvalersi di questi servizi?

Per quanto concerne i servizi residenziali extraospedalieri (continuità assistenziale e dimissioni protette) le strutture residenziali socio-sanitarie si possono proporre all'ASL competente, indicando il nucleo/i dedicato a tale tipologia di attività; a sua volta l'ASL sceglierà discrezionalmente la struttura che maggiormente va incontro al bisogno clinico-riabilitativo-assistenziale dell'utente.