

Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248

**Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.**

A relazione dell'Assessore Monferino:

La rete di strutture socio-sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti rappresenta uno dei punti essenziali del sistema integrato di interventi e dei servizi sociali piemontese. Configurata negli anni su un graduale aumento della flessibilità di offerta e di prestazioni, la rete delle strutture ha vissuto negli ultimi anni un profondo riordino del modello gestionale a seguito dell'adozione del modello gestionale introdotto dalla D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005.

Il principio di flessibilità delle prestazioni per meglio rispondere agli effettivi bisogni del cittadino, già enunciato con la D.G.R. n. 29-29519 del 1° marzo 2000 dove si era provveduto a introdurre il concetto di piano individualizzato di assistenza e il principio della flessibilità dei modelli organizzativi delle R.S.A. e delle R.A.F., sono stati successivamente confermati con la D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005, che si è posta inoltre quale obiettivo il raggiungimento di uno standard di offerta, dal lato delle prestazioni, omogeneo sul territorio regionale.

Con la D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, infine si è proceduto a definire i requisiti e la tempistica di attuazione dell'accreditamento delle strutture di ricovero, offrendo un ulteriore miglioramento della qualità delle prestazioni offerte in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale (SSR).

La rete di strutture socio-sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti si presenta oggi come un servizio di qualità, essenziale per offrire garanzia di risposte alle esigenze di una popolazione dove l'andamento demografico continua a caratterizzarsi per un sostenuto tasso di invecchiamento e una collaterale crescita delle malattie senili e degenerative.

L'importanza della rete delle strutture è stata anche segnalata dall'ordine del giorno del Consiglio regionale (n. 191 del 12 gennaio 2011) nel quale si impegna la Giunta regionale ad un monitoraggio costante delle liste di attesa per il ricovero in struttura convenzionata e al quale è stata fornita puntuale risposta con cadenza trimestrale.

Il modello organizzativo introdotto dalla D.G.R. 17-15226/2005 appare oggi pienamente acquisito ma merita di essere migliorato relativamente agli aspetti di flessibilità del servizio e integrazione con il servizio di continuità assistenziale.

La necessità di revisione del modello organizzativo di assistenza residenziale e semiresidenziale è stata individuata quale obiettivo anche dal nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione del 3 aprile 2012, n. 167-14087, richiedendo una riduzione delle rigidità e delle segmentazioni, insite nei modelli in uso.

L'applicazione e il miglioramento del modello, inoltre, ha comportato, negli anni l'introduzione di normativa di perfezionamento e integrativa delle disposizioni che oggi appare necessario coordinare in unico testo, al fine di permettere ad operatori e cittadini di avere un quadro normativo completo in grado di superare eventuali antinomie createsi tra i diversi documenti, come meglio illustrato nel prosieguo del documento.

Il modello organizzativo proposto è formulato sulla base del principio generale, contenuto nel D.Lgs. 502/1992 modificato ed integrato e nel D.P.C.M. 29/11/2001 (a cui l'art. 54 della L.289/2002 ha dato forza di legge), secondo il quale è compito del Servizio Sanitario nazionale garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previsti dalla normativa vigente e riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria è normata dall'art. 3 septies del D.Lgs. 502/1992 e, in attuazione, dal D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie". Tale normativa individua e definisce, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle sociali a rilievo sanitario.

Il D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C, come recepito dalla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003, "Accordo Regione-territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria", nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali, individua per ciascuna tipologia di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N.

L'area di prestazioni interessata dal presente modello afferisce a quest'ultima tipologia e riguarda le "prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, compresi gli interventi di sollievo" erogate nel Livello di Assistenza "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani" (rif. DPCM 29.11.2001, punto 1.C).

Il presente modello organizzativo, mantenendo la struttura essenziale del precedente di cui alla DGR 17-15226 del 30 marzo 2005, alla luce delle esperienze in atto e delle criticità riscontrate, introduce elementi di flessibilità organizzativa, che consentono di assicurare agli anziani ricoverati prestazioni personalizzate e calibrate sugli effettivi bisogni sanitari ed assistenziali, e individua i requisiti gestionali e strutturali necessari per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture per anziani non autosufficienti.

### **Obiettivo della revisione organizzativa**

Il progetto di revisione del modello di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, intende rispondere prioritariamente ai seguenti obiettivi:

- rimodulare, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il complesso di attività erogate dalla rete delle strutture pubbliche e private, articolandolo in un ventaglio più ampio di risposte disponibili e dotandolo di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione anziana non autosufficiente;
- ottenere un più efficiente utilizzo delle risorse sanitarie al fine di incrementare i posti letto convenzionabili;
- rispondere in maniera appropriata alle esigenze di continuità assistenziale degli anziani in dimissione al termine di ricoveri ospedalieri in acuzie e post-acuzie.

In altre parole, si tratta di modulare l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale sulla base delle specifiche esigenze delle persone assistite, attraverso un modello di risposta fondato su una maggiore flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) la sua espressione operativa.

### **La semplificazione normativa**

Una delle esigenze maggiormente evidenziata da operatori e associazioni di tutela degli utenti è la semplificazione del quadro normativo che regola attualmente le prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.

In particolare il modello gestionale e quello dei requisiti strutturali e autorizzativi è andato lentamente mutando a seguito di ripetute modifiche e aggiunte normative. Ne discende la necessità di procedere, ridisegnando il modello di assistenza residenziale, ad una semplificazione complessiva armonizzando le norme precedentemente contenute in diversi provvedimenti, riconducendole ad un unico provvedimento.

In particolare il presente sostituisce i seguenti provvedimenti:

1) D.G.R. 41-42433 del 9 gennaio 1995, *“Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" - Deliberazione attuativa relativa alle attività svolte nelle strutture residenziali”*, in parte già abrogata da precedenti provvedimenti della Giunta regionale; le rimanenti disposizioni vigenti sono state integralmente riviste con il presente provvedimento;

2) D.G.R. n. 37-29527 del 1° marzo 2000, *“D.G.R. n. 47-26680 del 15/02/1999. Protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e la Compagnia di S. Paolo per la realizzazione di centri diurni integrati per anziani. Obiettivi e modalità di partecipazione al bando. Criteri di selezione per l'assegnazione dei contributi”*, i cui requisiti, relativi ai Centri Diurni Integrati, sono stati integrati nel presente provvedimento;

3) D.G.R. n. 46-9275 del 05 maggio 2003, *“Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria””*;

4) D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005, *“Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”*, il cui modello organizzativo viene sostituito dal presente provvedimento sotto l'aspetto delle disposizioni gestionali nell'Allegato1;

5) D.G.R. 2-3520 del 31 luglio 2006, *“Piano di intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla D.G.R. 17-15226 del 30.03.2005”*, applicativa della precedente le cui ulteriori norme di maggior dettaglio, compatibili con il nuovo modello, sono state integrate nel presente provvedimento;

6) D.G.R. 39-9365 del 1° agosto 2008, *“Assistenza residenziale a favore di persone anziane non autosufficienti. Piano conclusivo per l'omogenea applicazione del modello assistenziale e tariffario di cui alla a D.G.R. 17-15226 del 30.03.2005. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. 2-3520 del 31*

luglio 2006”, anche questa applicativa delle precedenti le cui ulteriori norme di maggior dettaglio, compatibili con il nuovo modello, sono state integrate nel presente provvedimento;

7) D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009, “*Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze, ai sensi della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005. Revoca della D.G.R. 29-29519 del 1 marzo 2000 "Criteri per l'adeguamento della D.G.R. 41-42433/95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99"*”;

8) D.G.R. 64-13649 del 22 marzo 2010, “*Percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l'assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti CC.NN.LL.*” ha concluso il percorso di adeguamento delle strutture al modello della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005, le cui ulteriori norme di maggior dettaglio, compatibili con il nuovo modello, in particolare l’Allegato B, sono state integrate nel presente provvedimento.

Con il presente provvedimento decadono inoltre tutte le disposizioni inerenti i requisiti strutturali per le Residenze Assistenziali Flessibili (R.A.F.), le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), i Centri Diurni Integrati inseriti in un presidio sociosanitario (C.D.I.), i Centri Diurni Integrati Autonomi (C.D.I.A.), contenute nei seguenti provvedimenti:

➤ D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992, “*Deliberazione attuativa relativa ai presidi socio-assistenziali – L.R. 37/90 – Allegato 1, p.10.3*”;

➤ D.G.R. n. 129-10470 del 09.07.1996, “*Proroga decorrenza dei termini previsti dalla D.G.R. 41-42433 del 9 gennaio 1995*”;

➤ D.G.R. n. 39-29311 del 07 febbraio 2000, “*L.R. 73/96, art. 1 - Nuovi ed ulteriori requisiti funzionali e strutturali per i presidi oggetto di finanziamento - Obiettivi e modalità di partecipazione al bando - Criteri di selezione per l'assegnazione dei contributi*”;

Al fine di renderli coerenti con il nuovo modello di assistenza, si deve inoltre procedere con la modifica dei seguenti provvedimenti:

1) D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, “*Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie*”:

➤ l’Allegato E alla deliberazione è da revocare in quanto non rispondente al nuovo modello assistenziale delineato;

➤ nell’Allegato B alla deliberazione “*Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie*” nei Capitoli “*Strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per anziani – punto 8/A*” e “*Strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per disabili – punto 8/D*”, si ritiene di inserire, per garantire l’assistenza spirituale degli ospiti, quale ultimo punto, dopo la lettera j), il seguente:

“k) garanzia, nelle forme compatibili con le regolari funzioni della struttura stessa, dell’assistenza spirituale degli ospiti e pubblicità delle forme adottate. In analogia a quanto previsto dal Protocollo d’intesa tra la Regione Piemonte e la Conferenza regionale Piemontese di cui alla D.G.R. 22-24597 del 13 maggio 1998, le strutture dovranno concordare con l’Ordinario Diocesano di competenza le modalità per assicurare il servizio di assistenza religiosa regolato tramite apposita convenzione.

Analogo procedimento dovrà essere seguito con altre autorità religiose, qualora fosse rappresentata l'esigenza di assistenza religiosa diversa da quella cristiano-cattolica”;

➤ negli allegati e nelle tabelle della deliberazione, in cui si individuano differenti tipologie strutturali (R.S.A. – R.A.F.), le stesse sono da considerarsi come un'unica tipologia strutturale, R.S.A., di cui all'Allegato 2 al presente provvedimento;

2) D.G.R. 35-9199 del 14 luglio 2008 “D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226, relativa al nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti - Presa d'atto del profilo del Direttore di Comunità Socio-Sanitaria e definizione delle modalità attuative dei relativi percorsi formativi”;

I punti 2) e 14) del dispositivo sono da revocare in quanto risultano in contrasto con il nuovo modello.

Si è, inoltre, tenuto conto delle segnalazioni pervenute e delle difficoltà incontrate dalle ASL nel reperire Medici di Medicina Generale disponibili al servizio presso le strutture di ricovero, con il risultato di intaccare l'imprescindibile esigenza di assicurare tale servizio per gli ospiti ricoverati presso le strutture. Appare, pertanto, opportuno integrare le modalità di individuazione dei Medici di Medicina Generale prevedendo la possibilità per l'A.S.L., in assenza di candidature da parte dei possibili interessati, di procedere all'individuazione dei Medici di Medicina Generale stilando apposita graduatoria, sempre utilizzando comunque i principi di selezione già presenti nella precedente normativa.

Nel quadro del miglioramento del rapporto di vita dell'ospite della struttura residenziale, si ritiene opportuno specificare meglio le garanzie di assistenza spirituale all'interno delle strutture di ricovero.

Con l'introduzione del nuovo modello organizzato in sei fasce assistenziali in luogo delle tre del precedente modello, nonché di un livello per le demenze con disturbi comportamentali e sanitari di elevata complessità, al fine di rendere omogeneo il criterio di valutazione, è necessario procedere alla sostituzione della tabella riportata nell'Allegato C1 della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, con la nuova tabella predisposta al punto 9 dell'Allegato 1 al presente provvedimento.

Tutto ciò premesso;

vista la Legge 26 marzo 2010, n. 42, “Interventi urgenti concernenti enti locali e regioni”;

visto l'art. 16 della Legge regionale 23 luglio 2008, n. 23 “Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale”;

visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001;

visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1 C;

visto il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”;

vista la D.C.R. 3 aprile 2012, n. 167-14087, “Approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2015...”;

vista la D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 “Accordo Regione-territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria”;

vista la Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 (*Realizzazione Sistema Integrato di interventi e servizi sociali*);

vista la D.G.R. 41-42433 del 9 gennaio 1995, “*Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" - Deliberazione attuativa relativa alle attività svolte nelle strutture residenziali*”;

vista la D.G.R. 46-27840 del 19 luglio 1999 “*Accordo Regionale per l’attività di assistenza sanitaria dei medici di Medicina Generale agli ospiti in R.S.A. e R.A.F. della Regione Piemonte*”. *Modificazioni ed integrazioni.*”;

vista la D.G.R. 37-29527 del 1° marzo 2000, “*D.G.R. n. 47-26680 del 15/02/1999. Protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e la Compagnia di S. Paolo per la realizzazione di centri diurni integrati per anziani. Obiettivi e modalità di partecipazione al bando. Criteri di selezione per l’assegnazione dei contributi*”;

vista la D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005, “*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti*”;

vista la D.G.R. 2-3520 del 31 luglio 2006, “*Piano di intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla D.G.R. 17-15226 del 30.03.2005*”;

vista la D.G.R. 35-9199 del 14 luglio 2008 “*D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226, relativa al nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti - Presa d’atto del profilo del Direttore di Comunità Socio-Sanitaria e definizione delle modalità attuative dei relativi percorsi formativi*”;

vista la D.G.R. 39-9365 del 1° agosto 2008, “*Assistenza residenziale a favore di persone anziane non autosufficienti. Piano conclusivo per l’omogenea applicazione del modello assistenziale e tariffario di cui alla D.G.R. 17-15226 del 30.03.2005. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. 2-3520 del 31 luglio 2006*”;

vista la D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009, “*Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze, ai sensi della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005. Revoca della D.G.R. 29-29519 del 1 marzo 2000 "Criteri per l’adeguamento della D.G.R. 41-42433/95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99"*”;

vista la D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009 “*Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie*”;

vista la D.G.R. 64-13649 del 22 marzo 2010, “*Percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l’assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti CC.NN.LL.*”;

Vista la D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010, “*Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009*”;

Acquisito il parere del CO.RE.SA. espresso nella seduta del 24 maggio 2012, con esito favorevole;

Resa l’informativa alla IV Commissione in data 12 luglio 2012;

la Giunta Regionale, a voti unanimi,

*delibera*

➤ di approvare, per i motivi espressi in premessa, il nuovo modello di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti come descritto nei seguenti Allegati e tabelle che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:

- ◆ Allegato 1 “Il modello assistenziale integrato - Requisiti gestionali”;
- ◆ Allegato 2 “Il modello assistenziale integrato - Requisiti strutturali”;
- ◆ Allegato 3 “I requisiti gestionali per Nuclei Alzheimer Temporanei e centri semiresidenziali”;
- ◆ Allegato 4 “La famiglia, il volontariato, la tutela dei diritti degli utenti”;
- ◆ Allegato 5 “Linee guida per il regolamento di struttura socio-sanitaria per persone anziane non autosufficienti in regime di accreditamento”;
- ◆ Allegato 6 “Unità di Valutazione Geriatrica - U.V.G.”
- ◆ Tabella 1 – “Livelli assistenziali”;
- ◆ Tabella 2 – “Elenco dei Nuclei Residenziali Alzheimer attivi”;
- ◆ Tabella 3 – “Elenco dei Centri Diurni Alzheimer attivi”;

➤ di revocare per i motivi espressi in premessa, i seguenti provvedimenti:

a) D.G.R. n. 41-42433 del 9 gennaio 1995, “*Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" - Deliberazione attuativa relativa alle attività svolte nelle strutture residenziali*”;

b) D.G.R. n. 37-29527 del 1° marzo 2000, “*D.G.R. n. 47-26680 del 15/02/1999. Protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e la Compagnia di S. Paolo per la realizzazione di centri diurni integrati per anziani. Obiettivi e modalità di partecipazione al bando. Criteri di selezione per l'assegnazione dei contributi*”;

c) D.G.R. n. 46-9275 del 05 maggio 2003, “*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria”*”;

d) D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005, “*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti*”;

e) D.G.R. 2-3520 del 31 luglio 2006, “*Piano di intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla D.G.R. 17-15226 del 30.03.2005*”;

f) D.G.R. 39-9365 del 1° agosto 2008, “*Assistenza residenziale a favore di persone anziane non autosufficienti. Piano conclusivo per l’omogenea applicazione del modello assistenziale e tariffario di cui alla D.G.R. 17-15226 del 30.03.2005. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. 2-3520 del 31 luglio 2006*”;

g) D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009, “*Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze, ai sensi della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005. Revoca della D.G.R. 29-29519 del 1 marzo 2000 "Criteri per l'adeguamento della D.G.R. 41-42433/95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99".*”

h) D.G.R. 64-13649 del 22 marzo 2010, “*Percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l’assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti CC.NN.LL.*”;

➤ di revocare tutte le disposizioni inerenti i requisiti strutturali per le Residenze Assistenziali Flessibili (R.A.F.), le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), i Centri Diurni Integrati inseriti in un presidio sociosanitario (C.D.I.), i Centri Diurni Integrati Autonomi (C.D.I.A.), contenute nei seguenti provvedimenti:

a) D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992, “*Deliberazione attuativa relativa ai presidi socio-assistenziali – L.R. 37/90 – Allegato 1, p.10.3*”;

b) D.G.R. n. 129-10470 del 09.07.1996, “*Proroga decorrenza dei termini previsti dalla D.G.R. 41-42433 del 9 gennaio 1995*”;

c) D.G.R. n. 39-29311 del 07.02.2000, “*L.R. 73/96, art. 1 - Nuovi ed ulteriori requisiti funzionali e strutturali per i presidi oggetto di finanziamento - Obiettivi e modalità di partecipazione al bando - Criteri di selezione per l’assegnazione dei contributi*”.

➤ di modificare la D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009 “*Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie*”, nei seguenti allegati:

- l’ Allegato E “*Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all’accoglienza*” è revocato;

- nell’Allegato B “*Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie*” nei Capitoli “*Strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per anziani – punto 8/A*” e “*Strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per disabili – punto 8/D*”, viene aggiunto, quale ultimo punto, dopo la lettera j), il seguente:

“*k) garanzia, nelle forme compatibili con le regolari funzioni della struttura stessa, dell’assistenza spirituale degli ospiti e pubblicità delle forme adottate.*”

In analogia a quanto previsto dal Protocollo d’intesa tra la Regione Piemonte e la Conferenza regionale Piemontese di cui alla D.G.R. 22-24597 del 13 maggio 1998, le strutture dovranno concordare con l’Ordinario Diocesano di competenza le modalità per assicurare il servizio di assistenza religiosa regolato tramite apposita convenzione.

Analogo procedimento dovrà essere seguito con altre autorità religiose, qualora fosse rappresentata l’esigenza di assistenza religiosa diversa da quella cristiano-cattolica.”.

➤ negli allegati e nelle tabelle della deliberazione, in cui si individuano differenti tipologie strutturali (R.S.A. – R.A.F.), le stesse sono da considerarsi come un’unica tipologia strutturale, R.S.A., di cui all’Allegato 2 al presente provvedimento;

➤ di apportare alla D.G.R. 35-9199 del 14 luglio 2008 “*D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226, relativa al nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti - Presa d’atto del profilo del Direttore di Comunità Socio-Sanitaria e definizione delle modalità attuative dei relativi percorsi formativi*” la seguente modifica:

- i punti 2) e 14) del dispositivo sono revocati.

➤ di integrare le modalità di individuazione dei Medici di Medicina Generale, di cui alla D.G.R. n. 28-2690 del 24.04.2006, prevedendo la possibilità per l’A.S.L., in assenza di candidature da parte dei possibili interessati, di procedere all’individuazione dei Medici di Medicina Generale stilando apposita graduatoria, sempre utilizzando comunque i principi di selezione già presenti nella normativa vigente;



➤ di sostituire la tabella riportata nell'Allegato C1 "Definizione dell'intensità assistenziale residenziale" della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, con la nuova tabella predisposta al punto 9 dell'Allegato 1 al presente provvedimento;

➤ di demandare a successivo provvedimento la definizione del modello di remunerazione delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti a favore delle tipologie di utenza delle fasce assistenziali, individuate nella tabella 1, erogate dalle strutture residenziali e la relativa ripartizione tra quota sanitaria e quota socio-assistenziale.

Ulteriori disposizioni contenute in antecedenti provvedimenti della Giunta regionale, in contrasto con quelle contenute nel presente provvedimento, sono revocate.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

# Allegato 1

## IL MODELLO ASSISTENZIALE INTEGRATO – REQUISITI GESTIONALI

Il presente documento definisce il modello di assistenza da erogare nelle strutture pubbliche e private per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.

I requisiti prestazionali minimi individuati devono essere obbligatoriamente forniti sia agli utenti ricoverati in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale sia agli utenti ricoverati in regime privato, salvo diversa indicazione riportata nel testo.

L'attuale risposta residenziale per persone non autosufficienti viene articolata e connotata attraverso livelli d'intensità e di complessità più o meno elevati a seconda delle esigenze di salute e dei bisogni assistenziali dell'utente.

L'organizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno assistenziale, ai quali le commissioni valutative ed i competenti servizi socio-sanitari dovranno riferirsi per l'individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni cui far fronte.

Il principio guida del modello è l'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano necessariamente subire inutili spostamenti di struttura.

Il modello proposto si articola pertanto nei seguenti punti essenziali:

- semplificazione del sistema assistenziale residenziale e semiresidenziale attraverso l'individuazione di due tipologie autorizzative per presidi a carattere residenziale denominate: "R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale" e "N.A.T. – Nucleo Alzheimer Temporaneo" e quattro tipologie autorizzative per presidi a carattere semiresidenziale denominate: "Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario (C.D.I.)", Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.), Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) e Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura (C.D.A.I.)";
- rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale nell'ambito di sei fasce assistenziali in luogo delle tre di cui alla D.G.R. n. 17-15226/2005 e smi, nonché di un livello per le demenze con disturbi comportamentali e sanitari di elevata complessità;
- integrazione delle specifiche esigenze correlate a patologie quali Morbo di Alzheimer ed altre demenze senili, di cui alla D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009, nell'ambito del modello di assistenza residenziale socio-sanitaria per anziani;
- definizione dei nuovi parametri assistenziali in grado di permettere una maggiore flessibilità nell'assistenza offerta per garantire risposte maggiormente calibrate sugli effettivi bisogni a cui far fronte.

## **1. Tipologie strutturali**

Si istituisce una tipologia di presidio di ricovero residenziale per anziani non autosufficienti denominata "R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale", all'interno della quale può essere realizzato il "N.A.T. – Nucleo Alzheimer Temporaneo", nonché quattro tipologie di presidio di ricovero semiresidenziale denominate: "Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario (C.D.I.)", "Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.)", "C.D.A.A. - Centro Diurno Alzheimer Autonomo" e "C.D.A.I. - Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura".

I requisiti strutturali richiesti per il rilascio del provvedimento autorizzativo sono descritti nel successivo Allegato 2.

Il N.A.T. ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie.

Tali soggetti possono giovare, presso il suddetto nucleo, di uno specifico ambiente assistenziale con progetti mirati al reinserimento nel precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura, dopo un periodo di ospitalità temporanea. Pertanto il N.A.T. integra il modello R.S.A. quando il livello delle prestazioni non è sufficiente a garantire una corretta assistenza.

I C.D.I./C.D.I.A e i C.D.A.A./C.D.A.I. sono strutture a carattere semiresidenziale, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

### **1.1 Autorizzazione al funzionamento e vigilanza**

Fermo restando quanto previsto nelle disposizioni transitorie finali di cui all'Allegato 2, le A.S.L. e il Comune di Torino, per quanto riguarda le strutture semiresidenziali, ciascuna per il proprio territorio di competenza, provvederanno ad autorizzare le strutture di nuova realizzazione, previa verifica dell'idoneità dei requisiti strutturali di cui all'Allegato 2 del presente provvedimento, sulla base degli atti presentati a corredo dell'istanza di autorizzazione al funzionamento.

Per l'autorizzazione al funzionamento di nuove strutture e/o nuclei il richiedente è tenuto a produrre, unitamente agli altri documenti finalizzati all'istanza di autorizzazione, idonea dichiarazione indirizzata all'A.S.L. di competenza o al Comune di Torino, con la quale si impegna a garantire l'assistenza adeguata nelle modalità definite dal presente provvedimento. Entro e non oltre il termine di due mesi dalla data di adozione del provvedimento autorizzativo rilasciato dalle A.S.L. competenti o dal Comune di Torino, le Commissioni di vigilanza, mediante idoneo sopralluogo, provvederanno alla verifica dei requisiti organizzativo-gestionali sulla base del presente provvedimento.

La verifica dei requisiti di cui sopra, in particolare di personale erogato, deve essere condotta, anche attraverso una verifica di tipo documentale, avvalendosi del riepilogo di cui al punto 11.3 del presente provvedimento.

Tale verifica, che consiste nel controllo del possesso delle qualifiche dichiarate, della presenza di eventuali situazioni di incompatibilità e delle effettive turnazioni del personale di assistenza, deve essere commisurata alla tipologia e alla presenza effettiva degli ospiti e deve assumere quale ambito di riferimento temporale la mensilità in corso.

Per le strutture già autorizzate al funzionamento come RAF in regime definitivo, il titolo sarà automaticamente convertito in RSA entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento. Entro e non oltre il termine di sei mesi dalla data di adozione del suddetto provvedimento, le Commissioni di vigilanza, mediante idoneo sopralluogo, provvederanno alla verifica dei requisiti organizzativo-gestionali sulla base del presente provvedimento.

Viene istituita, presso la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, la Commissione tecnica regionale per l'integrazione socio-sanitaria con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività relative all'applicazione del presente provvedimento, dei flussi informativi collegati e corretta interpretazione delle norme in materia, nonché di altre attività in materia integrata socio-sanitaria che la Regione decidesse di affidare alla stessa.

Con successivo provvedimento verranno definite composizione e modalità di funzionamento dell'istituenda Commissione.

## **2. Livelli di intensità assistenziale**

Nella Tabella 1 sono descritte le fasce assistenziali in cui si articola l'intensità delle prestazioni erogate nell'ambito dei L.E.A., all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti; le fasce individuate nel presente modello sono:

- nucleo alzheimer temporaneo
- alta-incrementata
- alta
- medio-alta
- media
- medio-bassa
- bassa

La fascia d'intensità assistenziale è individuata sulla base delle modalità previste dalla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009.

Ogni fascia assistenziale individuata rappresenta uno standard complessivo minimo da garantire, in termini di tempi di assistenza giornalieri per ospite i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni Progetto Individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona.

Sono stati indicati, nella colonna "Tipologia di utenza" della Tabella 1, alcuni criteri di massima attraverso cui le U.V.G. procedono ad individuare la fascia d'intensità ed il livello di complessità da attribuire ad un intervento.

L'individuazione nella fascia di intensità assistenziale "Nucleo Alzheimer Temporaneo" è di carattere temporaneo per le tipologie di utenza di cui alla Tabella 1.

Al termine del periodo di ricovero nel N.A.T., nel caso in cui l'U.V.G. ravvisi la necessità di dare continuità all'intervento residenziale, ancorché in fascia di intensità assistenziale diversa, tale intervento si configura come continuità della presa in carico da parte del sistema integrato socio-assistenziale.

### **3. - Assetto Organizzativo - Gestionale**

Nel nuovo modello tracciato, la risposta residenziale viene personalizzata e calibrata su un livello più adeguato al complesso dei bisogni di salute e di assistenza dell'anziano. Pertanto l'organizzazione delle strutture erogatrici dell'assistenza residenziale deve essere orientata a garantire l'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare.

Il modello è fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per situazioni coesistenti e compatibili, in relazione alla fascia/fasce di intensità e livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.

La struttura deve garantire, in base al Progetto Individuale definito dall'U.V.G., la coerenza fra i bisogni rilevati ed espressi nel progetto assistenziale e la globalità delle risposte sanitarie, socio-sanitarie ed alberghiere attivabili da parte della struttura.

Sulla base dell'articolazione organizzativa adottata per l'erogazione degli interventi relativi a ciascuna fascia, la struttura garantisce la copertura del fabbisogno complessivo di risorse tecnico-professionali, con riferimento agli standard prestazionali individuati nel presente modello – Tabella 1, come definiti nei Progetti Assistenziali Individuali (P.A.I.) relativi a ciascun ospite.

La funzionalità del modello organizzativo-gestionale fondato sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell'utente presuppone, in particolare, l'utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati ed operanti, in maniera integrata.

Tale flessibilità organizzativa risponde all'esigenza di realizzare una razionale ed unitaria gestione delle risorse a disposizione, ottimizzando l'impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali e dei posti letto in modo funzionale alle esigenze degli ospiti.

Le R.S.A. possono ospitare anche pazienti anziani dimessi dai presidi ospedalieri nell'ambito di progetti di continuità assistenziale o di dimissione protetta. Per questa tipologia assistenziale la struttura deve identificare al momento della richiesta dell'autorizzazione al funzionamento quale sia il nucleo/i dedicato a tale tipologia di attività e dovrà garantire gli standard assistenziali richiesti dal progetto individuale post dimissione.

Il fabbisogno di risorse professionali utilizzato deve essere dichiarato tramite il riepilogo previsto al punto 11.3; ne consegue che la Commissione di Vigilanza in sede di sopralluogo verifica la corrispondenza dei minutaggi di tutte le professionalità impiegate rispetto a quanto definito nei P.A.I. degli ospiti.

Le strutture già autorizzate dovranno comunicare entro 30 gg dalla pubblicazione del presente provvedimento il nucleo/i dedicato/i alla continuità assistenziale e/o dimissioni protette; l'utilizzo a tal fine può anche non coinvolgere l'intera disponibilità di posti letto del nucleo.

## **4. - Centri di responsabilità**

### **4.1. Responsabile di Struttura**

I soggetti gestori di servizi residenziali alla persona devono garantire, fra le condizioni minime organizzative, la presenza della figura del Responsabile di Struttura; questa figura, denominata "Direttore di Comunità Socio-sanitaria", come da D.G.R. 35-9199/2008, è sovraordinata al Direttore Sanitario.

La presenza del Direttore di Comunità Socio-sanitaria deve essere garantita a tempo pieno per le strutture autorizzate per almeno 120 p.l. di R.S.A.; per le strutture con numero di posti autorizzati inferiore la presenza può essere garantita anche parzialmente, proporzionalmente al numero di posti letto autorizzati.

L'incarico di Direttore di Comunità Socio-sanitaria, per strutture autorizzate con meno di 120 p.l. di R.S.A., può essere assegnato per un massimo di tre strutture con al massimo 120 p.l. complessivi.

Al Direttore di Comunità Socio-sanitaria sono affidati i compiti di organizzazione generale delle attività, nonché la verifica del raggiungimento degli obiettivi e la vigilanza sugli aspetti qualitativi dei servizi forniti agli ospiti. Il Direttore di Comunità Socio-sanitaria deve essere in possesso del titolo di cui alla D.G.R. 35-9199 del 14 luglio 2008 o almeno triennale esperienza di direzione di strutture socio-sanitarie o sanitarie.

Qualora vengano attivati, su base provinciale, corsi di riqualifica (per occupati, in deroga ore), le persone non ancora in possesso del titolo di cui alla D.G.R. 35-9199/2008, ma con triennale esperienza di direzione di strutture socio-sanitarie o sanitarie, dovranno obbligatoriamente parteciparvi.

In particolare il Direttore di Comunità Socio-sanitaria:

- è responsabile della gestione del budget assegnato, nel rispetto delle spese autorizzate;
- coordina il collegamento della residenza con le U.V.G. per quanto inerente l'elaborazione, la gestione e monitoraggio del P.A.I. nei casi dove non sia presente il Direttore Sanitario;
- è responsabile ed organizza e gestisce tutte le risorse umane operanti nella Struttura in particolare in ordine alla gestione dei contratti di lavoro ed alla copertura dei posti necessari in base alle fasce assistenziali previsti;
- è responsabile dell'equipe multidisciplinare interna alla struttura nei casi dove non sia presente il Direttore Sanitario;
- è responsabile dell'applicazione delle norme vigenti in materia di sicurezza, privacy, e sicurezza alimentare.

### **4.2. Direttore Sanitario**

La figura del Direttore Sanitario, un medico, preferibilmente specialista in geriatria e/o medicina interna e/o in organizzazione e igiene dei servizi sanitari, è prevista nelle strutture con "N.A.T.", posti letto adibiti alle fasce "Medio-Alta", "Alta", "Alta Livello Incrementato"; la presenza è garantita a tempo pieno per le strutture con almeno 120 p.l. ricompresi nelle fasce o NAT precedentemente indicate; per un numero di posti letto inferiore può essere garantita anche a tempo parziale proporzionalmente al numero di posti letto.

L'incarico di Direttore sanitario, per strutture con meno di 120 p.l. di cui sopra, può essere assegnato per un massimo di tre strutture con al massimo 120 p.l. complessivi .

Il Direttore Sanitario, la cui funzione può essere garantita utilizzando rapporti di lavoro a tempo pieno o parziale, è responsabile:

- dell'andamento complessivo dell'assistenza sanitaria della struttura, affinché la medesima si espliciti in modo corretto ed adeguato alle necessità degli ospiti;
- degli aspetti igienico-sanitari della struttura, della completezza della cartella sanitaria, della supervisione sulla salute psico-fisica degli ospiti;
- della verifica del corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario;
- della verifica del regolare approvvigionamento dei farmaci, presidi, protesi ed ausili per gli ospiti, nonché della regolare tenuta delle relative registrazioni;
- del raccordo e dell'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, socio-sanitarie all'interno delle équipes multidisciplinari interne;
- del coordinamento dell'assistenza medica e specialistica effettuata all'interno della struttura, rispettivamente da parte dei Medici di medicina generale e degli specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri;
- della verifica delle modalità e della qualità delle prestazioni rese, ai sensi delle vigenti normative e degli accordi collettivi in essere, da parte dei Medici di Medicina Generale;
- del coordinamento dell'équipe multidisciplinare per quanto attiene alla valutazione dell'anziano al momento dell'inserimento in struttura e durante la permanenza, nonché le valutazioni e rivalutazioni ai sensi del D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e della D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010;
- del collegamento della struttura con le U.V.G. ;
- del coordinamento dell'équipe multiprofessionale per quanto inerente l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio del P.A.I.;
- del raccordo con le Aziende Sanitarie Regionali e con le relative strutture afferenti alla rete del percorso di Continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004.

Il conferimento della funzione di Direttore Sanitario è incompatibile con l'incarico di Medico di Medicina Generale e di Direttore di Comunità Socio Sanitaria.

## **5. Prestazioni Assistenziali**

Le prestazioni assistenziali sono garantite dalla presenza di personale in possesso delle qualifiche di cui al presente provvedimento e secondo il modello organizzativo adottato dalla struttura.

### **5.1. Assistenza medica**

Viene garantita attraverso i medici di medicina generale sulla base delle disposizioni previste dal vigente accordo integrativo regionale (D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006, art. 14) e di quanto di seguito precisato.

I riferimenti alla D.G.R. n. 41- 42433/1995 e alla D.G.R. n. 17-15226/2005 contenuti nel sopra citato accordo integrativo regionale e nella normativa regionale nello stesso richiamata, sono sostituiti dal presente provvedimento.

Compete all'A.S.L., nell'ambito delle funzioni distrettuali, l'individuazione dei Medici di Medicina Generale ai quali spetta garantire l'attività di assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate con il S.S.R.

Deve essere stabilito ed opportunamente pubblicizzato l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura, concordato con la Direzione sanitaria della struttura o con il Distretto sanitario.

La struttura predispone un registro per i Medici di Medicina Generale su cui viene annotato, a cura degli interessati, il giorno, l'ora di ingresso e di uscita.

L'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale si raccorda con le altre attività sanitarie erogate nell'ambito della struttura, secondo le modalità descritte al punto precedente.

## **5.2. Assistenza infermieristica**

Viene garantita attraverso le figure professionali infermieristiche per i tempi giornalieri indicati nella Tabella 1 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità.

Nelle strutture che forniscono prestazioni di intensità Medio Alta e fasce superiori, per almeno 80 p.l., l'assistenza infermieristica deve essere garantita dalla presenza in struttura di personale infermieristico per le intere 24 ore giornaliere; al di sotto degli 80 p.l. di intensità Medio Alta e fasce superiori, la funzione può essere garantita anche attraverso la pronta reperibilità notturna.

Analogamente per l'intensità Media e fasce inferiori, l'assistenza infermieristica notturna può essere garantita tramite la pronta reperibilità.

## **5.3. Assistenza tutelare alla persona**

I fabbisogni individuali di tipo assistenziale e tutelare sono garantiti tramite la figura professionale dell'OSS (Operatore Socio Sanitario), in possesso della relativa qualifica professionale.

Gli operatori privi della suddetta qualifica, in servizio alla data di emanazione del presente provvedimento, concorrono alla copertura dei fabbisogni individuali di tipo assistenziale e tutelare purché frequentanti un corso di formazione per il conseguimento della qualifica di O.S.S..

Dalla data del presente provvedimento, non è possibile assumere personale privo della qualifica O.S.S. per le funzioni di assistenza tutelare alla persona.

L'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare, da garantirsi nell'arco delle 24 ore per i tempi indicati nella Tabella 1 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità, è rivolto a soddisfare i fabbisogni individuali degli ospiti, come definiti nei rispettivi progetti individuali.



L'assistenza tutelare alla persona comprende la pulizia e il riordino degli ambienti di vita privata (letto, comodino) dell'ospite, nonché l'attività di imboccamento degli ospiti non in grado di provvedere autonomamente.

Il numero degli operatori deve essere tale da garantire anche i turni notturni e festivi

#### **5.4. Attività di riabilitazione, mantenimento psico-fisico, sostegno psicologico professionale**

Le strutture garantiscono le prestazioni professionali inerenti la riabilitazione, il mantenimento psico-fisico e il sostegno psicologico. Le predette attività sono di competenza delle figure professionali afferenti all'area delle professioni sanitarie riabilitative, nonché dello psicologo.

Ai fini dell'accreditamento, quanto previsto dal punto 8/A a), dell'allegato B "Strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per anziani" della D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, si intende come prestazione ulteriore rispetto al minutaggio di cui alla Tabella 1.

#### **5.5. Altre attività**

Per gli ospiti ricoverati in regime convenzionale con il SSR, l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostico-terapeutica, sono garantite dall'A.S.L. secondo le necessità degli ospiti.

La fornitura di protesi ed ortesi, previste dall'Elenco 1 del DM 332/99 sono garantite direttamente dalle A.S.L. di residenza degli ospiti, secondo le disposizioni delle vigenti normative.

Le suddette prestazioni sono garantite direttamente dalle A.S.L. secondo le disposizioni delle vigenti normative ed in base al Nomenclatore Tariffario in vigore.

L'A.S.L. garantisce, altresì, direttamente:

- ↳ la fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie accreditate, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali. L'erogazione di farmaci non presenti in PTA (farmaci *ad personam* o farmaci in fascia C) agli ospiti delle strutture socio-sanitarie è valutata dalla Commissione Terapeutica Aziendale, sentito il parere dell'U.V.G. aziendale;
- ↳ la fornitura dei prodotti per la Nutrizione Artificiale, dei supplementi nutrizionali orali calorici (per pazienti malnutriti) e dei sostituti dell'acqua (per pazienti disfagici), sulla base del piano nutrizionale, predisposto da operatori sanitari afferenti alla rete regionale delle SODNC (Strutture Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica);
- ↳ la fornitura di materiale di medicazione avanzata, sulla base di piani terapeutici rilasciati da Specialisti del SSN, nei quadri clinici e con le modalità di prescrizione previste dalle attuali disposizioni regionali. I dispositivi individuati devono essere previsti nel Prontuario Aziendale; anche per le medicazioni avanzate, l'erogazione di dispositivi non previsti può avvenire solo in situazioni eccezionali;

- ↳ per pazienti portatori di stomie e/o cateteri: materiale necessario, in base al Piano Terapeutico di uno Specialista SSN, nei limiti delle disposizioni normative in vigore;
- ↳ per pazienti diabetici: materiale necessario all'automonitoraggio glicemico;
- ↳ la fornitura di pannoloni e ausili per l'incontinenza nella quantità giornaliera indicata dal medico di fiducia dell'utente.

Le prestazioni relative ai trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale, sono garantiti dall'ASL per gli utenti in convenzione con integrazione tariffaria da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali; coloro che non fruiscono di detta integrazione tariffaria provvedono in proprio al pagamento del costo del trasferimento.

### **5.6. Attività di animazione**

Viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale o altre figure professionali dell'area della riabilitazione e/o altre specializzazioni (es. musicoterapia, teatroterapia, ecc.) che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi assistenziali prefissati nei progetti assistenziali, per un totale complessivo di 18 ore settimanali (su un modello di struttura da 72 p.l. o in proporzione sulla base dei posti letto occupati).

### **5.7. Specificità del Nucleo Alzheimer Temporaneo**

In virtù delle specificità delle esigenze rappresentate dall'assistenza a soggetti affetti da demenze con disturbi comportamentali e sanitari di elevata complessità, la descrizione dei requisiti assistenziali è dettagliata nell'Allegato 3.

## **6. Prestazioni Alberghiere**

Le attività alberghiere incluse nella tariffa residenziale sono le seguenti:

### **6.1. Servizio di ristorazione**

Il servizio di ristorazione deve garantire all'interno delle strutture socio sanitarie un servizio mensa adeguato sotto il profilo dietetico-nutrizionale e della sicurezza alimentare e rappresenta un presupposto di basilare importanza sia per il mantenimento ed il recupero delle condizioni di salute degli ospiti sia per favorire, nella fase di distribuzione e somministrazione degli alimenti, lo sviluppo di momenti di socializzazione ed integrazione ambientale.

Occorre, di conseguenza, dedicare particolare impegno e le necessarie risorse affinché il servizio di ristorazione risponda ai seguenti requisiti:

- ambiente gradevole, confortevole e caratterizzato da uno scrupoloso rispetto delle condizioni igieniche delle strutture;
- tempi per i pasti compatibili con i ritmi di vita delle persone anziane;
- qualità e varietà dei cibi che si concreta anche con la possibilità di scelta e l'adozione di menù personalizzati, visti dall'A.S.L. competente per territorio. In ogni caso la scelta alimentare va prevalentemente orientata su cibi freschi (preferibilmente cucinati

in loco), di stagione, provenienti dal territorio in modo da poter consentire, attraverso il recupero del vissuto dell'anziano, la rievocazione di sensazioni e ricordi, importante contributo al mantenimento dell'equilibrio psico-fisico dell'ospite;

- sicurezza sanitaria che deve essere garantita mediante efficace controllo sanitario (documentale ed ispettivo) della qualità delle materie prime; controlli sulle modalità di preparazione, confezionamento e conservazione dei cibi, igiene del personale, dei locali e delle attrezzature;

## **6.2. Lavanderia**

Include la gestione della biancheria piana e della biancheria personale degli ospiti.

## **6.3. Parrucchiere**

Include le attività connesse con l'igiene personale: lavaggio e asciugatura (almeno settimanale) e taglio (almeno mensile).

## **6.4. Supplementi a richiesta dell'ospite**

L'ospite, a richiesta, può essere inserito in camere con accessori ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa regionale per le strutture socio-sanitarie per anziani e diverse da quelle previste dal successivo punto 7 "servizi aggiuntivi", per cui è prevista una quota socio-assistenziale differenziata.

Riguardo a tali prestazioni gli ospiti devono essere dettagliatamente informati, all'atto dell'inserimento, in merito agli eventuali servizi (quali ad es. supplementi per camera singola e/o per camera con accessori ulteriori, etc.) che possono essere offerti dalle strutture residenziali con oneri a totale carico degli ospiti stessi, garantendone trasparenza e possibilità di scelta di usufruirne o meno.

Tale informativa è garantita dall'A.S.L. che dispone l'inserimento e dalle strutture ospitanti, attraverso la consegna degli strumenti disciplinati dall'Allegato 5 (Linee guida per il regolamento di struttura socio-sanitaria per persone anziane non autosufficienti), contenenti tutti gli elementi elencati dalla deliberazione stessa.

Tali prestazioni:

- devono essere esplicitate e quantificate nel loro importo giornaliero a carico dell'utente;
- devono essere concordate fra l'utente e la struttura nell'ambito del contratto d'accoglienza, sottoscritto da entrambe le parti;
- devono essere rendicontate mensilmente all'utente, da parte della struttura residenziale erogante, specificando la tipologia del servizio/prestazione ed il relativo importo giornaliero richiesto all'utente.

Le A.S.L. e gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, sulla base delle rispettive competenze, sono responsabili di garantire l'osservanza delle suddette disposizioni effettuando le necessarie azioni di vigilanza e, nel caso di reiterato accertamento di inadempienza, provvedono all'adozione degli opportuni provvedimenti relativamente all'accreditamento delle strutture residenziali interessate.

## **6.5. Farmaci non esenti**

Le strutture sono tenute a rendicontare mensilmente all'utente e, qualora integri la quota alberghiera, all'Ente Gestore di competenza, il costo sostenuto per la somministrazione dei farmaci non esenti (fascia C) e non forniti direttamente dal S.S.R., allegando copia della ricetta medica nominativa e relativi scontrini fiscali.

Non rientrano nel rendiconto mensile, sulla base del principio sancito dal precedente punto 5.5. "*Altre attività sanitarie*", le tipologie di farmaci di fascia C compresi nel prontuario aziendale (P.T.A.) e destinati agli anziani non autosufficienti assistiti in regime residenziale, erogati direttamente dall'A.S.L. e non soggetti a rimborso a carico dell'utente.

## **7. SERVIZI AGGIUNTIVI**

Le strutture accreditate, che offrono servizi aggiuntivi (non afferenti alle prestazioni inserite nei L.E.A. incluse nella tariffa), possono proporre una quota per servizi aggiuntivi, proporzionata al livello dei servizi alberghieri e socio-assistenziali offerti.

La struttura accreditata comunica annualmente all'A.S.L. di riferimento territoriale, con apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, i servizi aggiuntivi offerti e la relativa quota socio-assistenziale diversificata; la comunicazione di applicazione di una quota socio assistenziale differenziata può riferirsi anche solo a una parte dei nuclei accreditati.

L'A.S.L. nell'ambito delle sue funzioni di vigilanza e controllo verifica la sussistenza dei servizi offerti nel primo sopralluogo della Commissione di Vigilanza.

I servizi aggiuntivi devono essere goduti dall'intera struttura o dagli eventuali nuclei individuati e da tutti gli ospiti in essi ospitati, indipendentemente dal regime tariffario in essere.

La quota socio-assistenziale differenziata si applica esclusivamente ai cittadini con reddito in grado di coprire l'intera quota socio assistenziale e l'importo di differenziazione; nel caso di integrazione dell'Ente Gestore, non si applica la quota socio-assistenziale differenziata.

La quota socio-assistenziale differenziata non si applica a tutti gli ospiti inseriti in struttura prima della comunicazione annuale di cui al secondo capoverso.

La quota socio-assistenziale differenziata non può essere applicata nei Centri Diurni.

## **8. Il percorso di continuità assistenziale nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie**

Il nuovo modello integrato di cure deve essere in grado di dare risposte adeguate ai bisogni clinico-riabilitativo-assistenziali della popolazione anziana, con la possibilità di indirizzare il paziente verso i setting appropriati in termini di organizzazione e di risorse, garantendo una rete integrata di servizi fra ospedale e territorio con valorizzazione delle diverse figure professionali coinvolte.

Il percorso deve tenere conto di tutte le fasi dell'assistenza del paziente fragile e cronico, dalla prevenzione alla presa in carico, alla rivalutazione e agli esiti.

Il Distretto assume un ruolo peculiare in quanto garante della gestione, del coordinamento e della responsabilità istituzionale/organizzativa dell'intero percorso socio-assistenziale del paziente.

Nel modello delineato, in sede di valutazione da parte dell'U.V.G. (Unità Valutativa Geriatrica) operante in ambito distrettuale, vengono valutati i bisogni dell'anziano, predisposto il Progetto individuale e assegnato l'anziano al *Case Manager*, figura abitualmente infermieristica che, sotto la sorveglianza del Direttore sanitario, sarà in grado di seguire lo svolgimento del percorso assistenziale, collaborando con il Direttore sanitario stesso circa lo stato di avanzamento del P.A.I. nonché per le eventuali modifiche da riferire all'U.V.G.

Il M.M.G. resta il primo responsabile della diagnosi, della cura e del follow-up medico, mentre i vari specialisti e professionisti sanitari e sociali collaboreranno per quanto di competenza; il geriatra sarà lo specialista di riferimento per il coordinamento dei processi valutativi multidimensionali e per le situazioni di particolare complessità e fragilità del paziente anziano. Il Direttore sanitario, in quanto responsabile dell'andamento complessivo dell'assistenza sanitaria della struttura nonché della supervisione sulla salute psico-fisica degli ospiti partecipa attivamente a tutte le attività mediche al fine di garantire sia il coordinamento dell'assistenza medica e specialistica sia il raccordo e l'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie e socio-sanitarie all'interno delle équipes multidisciplinari interne.

La rete dei servizi residenziali extra-ospedalieri, di cui al presente provvedimento, deve assicurare il complesso di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per far fronte alle seguenti fasi assistenziali:

- fase intensiva: caratterizzata da un impegno terapeutico e riabilitativo di maggiore complessità e di durata breve e definita, con modalità operative che possono esplicarsi dal livello residenziale fino a quello domiciliare;
- fase estensiva: caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale di medio e/o prolungato periodo definito;
- fase di lungoassistenza: finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile ed a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale.

Ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e s.m.i., Allegato C:

- le prestazioni di cura e recupero funzionale erogate nell'ambito di programmi riabilitativi a livello residenziale, in fase intensiva ed estensiva, sono di competenza dal S.S.R. e con oneri a totale carico del medesimo;
- le prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità sono erogate con partecipazione alla spesa da parte dell'Utente/Comune, nella percentuale sotto indicata.

Le strutture residenziali socio-sanitarie di cui al presente provvedimento possono concorrere alla realizzazione dei percorsi di continuità assistenziale esclusivamente per persone anziane previsti dalla normativa regionale.

Tale percorso, la cui durata è stabilita nel limite massimo di gg. 60, può considerarsi articolato attraverso le seguenti fasi:

- ✓ fase intensiva: durata massima gg. 10. Tariffa giornaliera a totale carico del S.S.R.
- ✓ fase estensiva: durata massima gg. 20. Tariffa giornaliera a totale carico del S.S.R.
- ✓ fase di lungoassistenza: a decorrere dal 31° giorno per la durata di gg. 30. Quota di compartecipazione Utente/Comune pari al 50%;
- ✓ dal 61° giorno retta a carico totale della persona.

La Regione, tramite le competenti Direzioni Sanità e Politiche Sociali, provvede al monitoraggio annuale dell'articolazione del percorso nell'ambito della rete delle strutture residenziali socio-sanitarie per anziani non autosufficienti con riferimento:

- ↪ al volume degli interventi erogati, in termini di giornate di assistenza/p.l. occupati;
- ↪ alla spesa sostenuta rispettivamente dal S.S.R. e dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

## **9. L'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) e la valutazione dei bisogni individuali e l'individuazione del percorso assistenziale**

Per quanto attiene alla configurazione, alle funzioni e al ruolo dell'U.V.G., si rinvia all'Allegato 6 alla presente deliberazione; per quanto attiene alla modulistica necessaria alla valutazione dei soggetti da parte dell'U.V.G. si rinvia all'Allegato B della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009 e alla D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010.

Al fine di rendere omogeneo il criterio di valutazione, considerato che il nuovo modello prevede sei fasce assistenziali in luogo delle tre fasce di intensità assistenziali, si individua la seguente tabella di definizione dell'intensità assistenziale in sostituzione dell'analogha tabella di cui all'Allegato C1 della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009:

<b>Valutazione</b>	<b>Intensità assistenziale</b>
5	Bassa
6	Medio-bassa
7 - 8	Media
9	Medio-alta
10 – 11	Alta
12	Alta livello Incrementato

L'A.S.L. garantisce, attraverso la propria organizzazione distrettuale, il collegamento funzionale dell'U.V.G. con tutte le strutture/servizi aziendali, territoriali e/o ospedalieri, che svolgono funzioni ed erogano prestazioni destinate agli anziani non autosufficienti.

## **10. Il monitoraggio del percorso assistenziale: il raccordo fra i servizi socio-sanitari e le strutture residenziali.**

L'andamento del Progetto Individuale è soggetto a monitoraggio nei tempi nello stesso stabiliti, in modo tale che la risposta erogata sia sempre adeguata alle esigenze assistenziali dell'ospite, con l'obiettivo di garantire alle persone assistite sia la continuità sia l'appropriatezza delle cure.

L'U.V.G., a cui compete garantire l'effettiva attuazione del Progetto Individuale da parte della struttura residenziale, svolge la funzione di verifica della congruità tra il Progetto Individuale e il P.A.I. predisposto dalla struttura.

L'U.V.G., svolge una costante attività di monitoraggio, richiedendo una valutazione a campione per assicurare la corrispondenza tra gli specifici bisogni della persona non autosufficiente e l'intensità assistenziale erogata.

L'attività di monitoraggio dell'andamento del progetto compete anche agli enti gestori delle prestazioni residenziali tramite l'équipe multidisciplinare interna in base alle scadenze previste nel P.A.I..

## **11. Il Piano di assistenza individuale (P.A.I.)**

### **11.1 Predisposizione del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)**

Al momento dell'accoglienza dell'ospite in convenzione, la struttura residenziale recepisce e traduce operativamente, verificandone l'attualità, il progetto definito dall'U.V.G., provvedendo all'elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.), secondo le linee d'indirizzo di cui alla D.G.R. n. 42-8390/2008, Allegato D.

Il P.A.I. deve essere elaborato anche per gli utenti accolti dalla struttura al di fuori dal convenzionamento con il S.S.R.; in questi casi, sarà compito dell'équipe di valutazione multidisciplinare della struttura valutare gli effettivi bisogni assistenziali dell'utente che dovranno essere contemplati nel contratto di accoglienza e tradotti in una delle fasce assistenziali previste dal presente provvedimento. Per questi casi, le valutazioni clinico-assistenziali, non possono giustificare trattamenti sanitari e assistenziali non richiesti dall'utente.

Il P.A.I. si configura come un fondamentale strumento gestionale finalizzato a garantire, per tutta la durata della permanenza in struttura, il completo soddisfacimento dei bisogni dell'ospite individuando e definendo gli interventi, i tempi (minutaggio) di utilizzo delle singole figure professionali, le modalità, nonché la valutazione dei risultati.

La predisposizione, la verifica e l'aggiornamento del P.A.I. avviene nell'ambito di un'équipe multidisciplinare, composta dal medico di medicina generale, dal coordinatore dell'assistenza infermieristica e/o tutelare, in stretta collaborazione con le altre professionalità operanti nella struttura.

Il P.A.I. deve essere sottoscritto dai componenti dell'équipe multidisciplinare e viene fornito in copia all'interessato o al familiare o al tutore e trasmesso all'U.V.G..

Qualora all'atto dell'ingresso in struttura l'evoluzione del bisogno dell'anziano non autosufficiente, rispetto al momento della valutazione, si sia modificata, anche la struttura residenziale può richiedere una rivalutazione all'U.V.G..

### **11.2 Rivalutazione del P.A.I.**

L'andamento del P.A.I. è soggetto a periodiche verifiche da parte dell'équipe della struttura, entro i termini previsti nel P.A.I. stesso o, comunque, a fronte dell'insorgere di variazioni delle condizioni psico-fisiche dell'ospite.

La struttura residenziale comunica all'U.V.G. eventuali variazioni dei bisogni, unitamente alla valutazione clinica sullo stato di salute dell'ospite, proponendo la relativa fascia assistenziale adeguata all'evolvere della situazione monitorata. Le comunicazioni tra struttura e U.V.G. dovranno avvenire esclusivamente tramite caselle di posta certificate.

La rivalutazione del progetto individuale può essere richiesta anche dalla persona in residenzialità stessa o dal tutore, con richiesta diretta all'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza e con facoltà di farsi assistere da un medico di sua fiducia e/o da un'associazione di tutela, sempre tramite caselle di posta certificate o raccomandata A.R..

Le proposte di adeguamento e/o di rivalutazione dei progetti devono essere oggetto di rivalutazione clinica da parte dell'U.V.G. entro i successivi trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra.

Limitatamente ai casi di urgenza, certificati da specifica documentazione clinica, controfirmata dal Medico di Medicina Generale della persona e dal Direttore Sanitario, la rivalutazione fatta dalla struttura, qualora confermata dalla rivalutazione dell'U.V.G., ha effetto dalla data di formale trasmissione della proposta all'U.V.G. (data di trasmissione della comunicazione).

Rispetto alla valutazione effettuata a livello locale (U.V.G dell'A.S.L. di residenza o struttura ospitante), l'interessato, se ne ha la capacità, o il familiare o il tutore o l'amministratore di sostegno, può avvalersi, in sede valutativa o comunque prima che le commissioni si siano formalmente espresse, della perizia di propri esperti e/o farsi rappresentare da un'associazione di categoria e/o di volontariato che opera a difesa dei diritti delle persone anziane.

Con successivo provvedimento verranno individuate le modalità di opposizione alle valutazioni effettuate dall'U.V.G..

### **11.3 – Verifica delle prestazioni offerte**

Ai fini della verifica delle prestazioni offerte da parte della Commissione di Vigilanza, ogni struttura deve predisporre un riepilogo, secondo il modello che verrà fornito dalla Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, in cui vengono riportati l'utilizzo delle figure professionali relativo ad ogni utente (sia in convenzione con il S.S.R., sia con contratto privato) coerente con i rispettivi P.A.I..

Tale riepilogo, vistato dal Responsabile di struttura, deve essere messo a disposizione degli organi di vigilanza in sede di sopralluogo ed esposto in locali della struttura accessibili al pubblico.



## ALLEGATO 2

# REQUISITI STRUTTURALI

## PREMESSA

---

Le presenti norme definiscono i requisiti minimi strutturali che i presidi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, indifferentemente dalla natura giuridica della proprietà e del gestore, di nuova edificazione o sottoposti a ristrutturazione complessiva, anche se attuata per lotti successivi, devono possedere per l'autorizzazione al funzionamento.

La presente normativa di attuazione è composta di una prima parte, finalizzata a definire i requisiti e le caratteristiche tecniche generali delle strutture e di una seconda parte, riguardante specificatamente gli spazi e le funzioni in esse previste.

Gli eventuali aspetti non disciplinati dalla presente norma regionale restano disciplinati dalle normative sovraordinate.

## A) REQUISITI GENERALI STRUTTURE RESIDENZIALI

---

### a.1) Denominazione

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per anziani non autosufficienti  
Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) per soggetti affetti da demenza

### a.2) Finalità

La RSA è un presidio che offre a persone non autosufficienti di norma anziani, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali e miste, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera organizzato in base al modello assistenziale definito nell'Allegato 1 del presente provvedimento.

Il NAT è un nucleo collocato all'interno di una RSA che accoglie persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità e che possono trarre vantaggio da un intervento terapeutico psico-riabilitativo intensivo.

### a.3) Utenza

persone di norma anziane in condizione di non autosufficienza secondo lo specifico bisogno assistenziale così come previsto nell'Allegato 1 del presente provvedimento.

### a.4) Capacità ricettiva

Per la RSA:

Minima: 20 posti letto

Massima: 120 posti letto a eccezione delle strutture già in esercizio, già autorizzate alla realizzazione ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e rientranti nei casi in deroga previsti dalla DGR 14.09.2009 n. 25-12129 e dalla DGR 04.08.2010 n. 46-528 e s.m.i..

Per il NAT:

massimo due nuclei da 10 o 20 posti letto inseriti in una RSA.

### **a.5) Principi generali di progettazione**

Ogni struttura deve garantire le seguenti caratteristiche:

- a) condizioni di stabilità in situazioni normali od eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti;
- b) requisiti igienici minimi previsti dai Regolamenti locali di igiene e dalle seguenti norme;
- c) difesa dagli incendi (si rimanda alle prescrizioni del DPR n. 151 del 01.08.2011 e del DM 18.09.2002 *“Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private”*, e loro successive modifiche e integrazioni);
- d) condizioni di sicurezza degli impianti (si rimanda alle prescrizioni della Legge 02.12.2005 n. 248, del DM 22.01.2008 n. 37 e s.m.i., del D.Lgs. 19.08.2005 n. 192 e s.m.i. e dalla norma UNI 10339/95);
- e) accessibilità ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche (si rimanda al DPR 24.07.1996 n. 503 *“Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici”*);
- f) rispetto delle disposizioni normative in materia di rischio sismico (si rimanda alle prescrizioni dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 Marzo 2003 n. 3274, della DGR 23.12.03 n. 64-11402 e della Circolare del Presidente GR 27.04.04 n. 1/DOP);
- g) rispetto delle disposizioni normative in materia di rendimento energetico nell'edilizia (si rimanda alle prescrizioni della L.R. 28.05.2007 n. 13 e relativi provvedimenti attuativi);
- h) rispetto delle disposizioni normative in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, ai sensi del D.Lgs 106/2009 e s.m.i.

#### a.5.1 Localizzazione

Le strutture residenziali di nuova edificazione sono di norma localizzate in luoghi già urbanizzati, collegati ai servizi esistenti e raccordati coi servizi socio-sanitari di zona, anche al fine di agevolare i rapporti con i familiari degli ospiti.

#### a.5.2 Verde attrezzato

Le strutture residenziali e semiresidenziali sono preferibilmente dotate di spazi esterni che devono essere pianeggianti e complanari alla struttura, per facilitare l'accessibilità, l'orientamento e la fruizione; per le strutture di nuova edificazione l'area esterna deve essere necessariamente prevista e per quelle ospitanti il centro diurno per ospiti affetti da Alzheimer l'area esterna deve essere ad esso collegata.

Le eventuali aree a verde devono prevedere percorsi semplici e preferibilmente circolari, manti erbosi, arbusti, alberi e aree attrezzate per la sosta, adeguatamente ombreggiate e dotate di panchine perimetrali, per favorire gli incontri e le attività ricreative collettive.

I percorsi devono essere pavimentati con materiali antisdrucchiolo e dotati di corrimani di sicurezza, per consentire una deambulazione sicura e un benessere visivo.

I giardini possono essere arricchiti da pergolati, fontane, ecc. che aiutino l'orientamento e l'ubicazione, nonché da orti sopraelevati, accessibili all'utenza in postura eretta.

L'area deve essere recintata, adeguatamente protetta e illuminata.

### a.5.3 Accessi e porte

Al fine di agevolare l'accesso alla struttura, è necessario prevedere varchi e porte esterne allo stesso livello dei percorsi pedonali o con essi raccordati mediante rampe.

Gli accessi devono avere una luce netta minima di 1,80 m. Nei presidi socio-sanitari esistenti sottoposti a ristrutturazione edilizia gli accessi possono avere una luce netta minima di 1,50 m in casi di dimostrata impossibilità tecnica connessa agli elementi strutturali o impiantistici.

Le zone antistanti e retrostanti l'accesso devono essere in piano e allo stesso livello, ed estendersi rispettivamente per ciascuna zona per una profondità di almeno 2,00 m.

Qualora sia indispensabile prevedere una soglia, il dislivello massimo non deve superare i 2,5 cm.

La zona antistante gli accessi deve essere protetta dagli agenti atmosferici per una profondità di almeno 2,00 m.

La luce netta delle porte delle camere da letto, dei servizi igienici annessi, del bagno assistito e di tutti i locali accessibili agli ospiti non deve essere inferiore a 90 cm (nel caso di porte a due o più battenti, deve essere sempre garantito un passaggio con luce netta minima di 90 cm realizzato con unico battente); le restanti porte possono avere una luce netta minima di 80 cm.

Le porte dei locali igienici devono essere del modello a scorrere oppure a battente con senso di apertura verso l'esterno.

### a.5.4 Percorsi orizzontali e verticali

La larghezza minima dei corridoi e dei passaggi deve essere di 1,50 m per i presidi oggetto di ristrutturazioni o adeguamenti, di 2,00 m per le nuove realizzazioni o ricostruzioni.

I corridoi devono essere attrezzati, su ambo i lati, di corrimani e fasce-paracolpi.

Ogni struttura disposta su più di un piano deve essere dotata di almeno un ascensore idoneo anche al trasporto di persone diversamente abili su sedie a rotelle e di un montalettighe; è consigliabile prevedere anche un ascensore di servizio dedicato agli operatori della struttura.

Particolare attenzione va posta nell'individuazione di percorsi separati, fisicamente o mediante apposite procedure gestionali e organizzative che evitino comunque la commistione, riservati allo sporco (rifiuti solidi, biancheria sporca, carrelli con avanzi del pasto, ecc.) e al pulito (biancheria pulita, carrelli contenenti il pasto).

Le scale devono avere una larghezza minima di 1,50 m ed essere dotate di corrimano continuo su entrambi i lati, ad esclusione di quelle per la sicurezza antincendio, per le quali si rimanda al progetto Prevenzione Incendi.

Nei presidi socio-sanitari esistenti sottoposti a ristrutturazione edilizia le scale possono avere una larghezza minima di 1,20 m in casi di dimostrata impossibilità tecnica connessa agli elementi strutturali o impiantistici, ad esclusione di quelle per la sicurezza antincendio, per le quali si rimanda al progetto Prevenzione Incendi.

### a.5.5 Pavimenti

Tutte le pavimentazioni interne e di accesso al presidio, comprese quelle di scale, rampe e pianerottoli a uso pubblico o degli ospiti, devono rispondere a quanto prescritto dal D.Lgs 3 agosto 2009 n. 106 all. IV e s.m.i.

In caso di pavimenti di particolare pregio inseriti in strutture sottoposte a tutela ai sensi del Dlgs 42/04 e s.m.i. potranno essere adottati particolari accorgimenti tali da preservare gli stessi pur garantendo la sicurezza.

Articolando opportunamente materiali e colori i pavimenti possono contribuire all'individuazione dei percorsi e alla distinzione dell'uso dei vari ambienti.

#### a.5.6 Impianti

Per i requisiti tecnici richiesti agli impianti elettrico e di sollevamento verticale si rimanda alle prescrizioni della Legge 02.12.2005 n. 248 e al DM 22.01.2008 n. 37 e s.m.i..

Per i requisiti tecnici richiesti agli impianti termici si rimanda alle prescrizioni normative del D.Lgs. 19.08.2005 n. 192 come modificato dal D.Lgs. 29.12.2006 n. 311 e s.m.i. e dalla norma UNI 10339/95.

In caso di rifacimento totale o di nuovo impianto è preferibile prevedere un sistema di climatizzazione ad aria condizionata, più idoneo sia sotto il profilo della sicurezza sia della possibilità di rinnovo e di umidificazione dell'aria nei locali.

Nel caso di specifiche tipologie di utenza, è possibile prevedere l'installazione di un impianto centralizzato per l'erogazione di gas medicali, secondo le prescrizioni della norma tecnica UNI EN 737-3 *"Impianti di distribuzione dei gas medicali - Impianti per gas medicali compressi e per vuoto"*.

Le camere da letto, i servizi igienici e gli altri locali frequentati dagli ospiti devono essere dotati di particolari attrezzature di comunicazione idonee a segnalare agli operatori le richieste di aiuto e di assistenza. Per il posizionamento e le altezze delle prese e dei dispositivi di comando si rimanda al DPCM 24.07.1996 n. 503 *"Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici."*

Per i NAT e più in generale in presenza di ospiti affetti da Alzheimer, da altre forme di demenza e da qualsiasi patologia che induca vagabondaggio afinalistico, è necessario predisporre sistemi di controllo degli accessi che impediscano l'abbandono involontario del presidio.

In coerenza con gli indirizzi più generali di sviluppo sostenibile promossi dalla Regione, è auspicabile che negli interventi di ristrutturazione o di nuova edificazione siano preferite scelte progettuali volte a favorire l'incremento, la valorizzazione e l'integrazione delle fonti rinnovabili nonché la diversificazione energetica per il contenimento dei consumi, la riduzione dell'inquinamento ambientale e dei costi di gestione.

Si suggerisce pertanto l'utilizzo di pannelli solari per la produzione di acqua calda sanitaria o per l'integrazione al fabbisogno termico dell'edificio e di pannelli fotovoltaici per la produzione di energia elettrica.

E' altresì consigliato l'uso di tecnologie che consentano un basso consumo di calore, di materiali isolanti bio ed eco compatibili e la realizzazione di sistemi di raccolta dell'acqua piovana per l'irrigazione delle aree destinate a verde attrezzato.

#### a.5.7 Segnaletica

Negli edifici e negli spazi esterni accessibili devono essere installati, in posizioni facilmente visibili, cartelli di indicazione che facilitino l'orientamento e la fruizione degli spazi.

Anche il colore è scelta progettuale che contribuisce al benessere, partecipa in maniera decisiva all'identificazione dell'ambiente, all'orientamento, fornisce stimoli, rende evidente i pericoli e concorre ad accrescere nelle persone la consapevolezza degli spazi.

Per limitare fenomeni di disorientamento sarà, quindi, opportuno limitare la ripetitività o l'uniformità degli spazi, utilizzando sistemi di differenziazione per renderli immediatamente riconoscibili come, per esempio, l'uso di un colore diverso per ogni nucleo, colori e materiali differenti per pavimenti del connettivo e dei diversi ambienti che compongono la struttura, contrasto di colore tra pavimenti, pareti e porte.

#### a.5.8 Arredi

Gli arredi che compongono la struttura devono essere di adeguata classe di reazione al fuoco, in rapporto ai carichi di incendio dei singoli locali in cui sono posti, facilmente lavabili e con spigoli arrotondati, conformi alle normative vigenti e corredati delle schede tecniche e delle certificazioni rispondenti alla normativa ai fini antincendio e antinfortunistica.

Essi non devono costituire pericolo per l'incolumità e la salute degli ospiti e risultare completamente e liberamente fruibili da utenti disabili su sedia a ruote.

Gli arredi fissi non devono costituire ingombro o ostacolo alle manovre di attrezzature e/o ausili.

#### a.5.9 Adeguamenti d'immobili o presidi esistenti

Nei caso di ristrutturazione edilizia, così come definita dall'art. 3, primo comma, lettera D) del DPR 06.06.2001 n. 380, di presidi socio-sanitari esistenti sono ammesse misure in difetto entro il 20% degli standard dimensionali stabiliti dal presente documento, ad esclusione di quelli definiti standard minimi e nel rispetto comunque di eventuali minimi dimensionali definiti da norme specifiche.

Nel caso di ristrutturazione edilizia di edificio non destinato ad uso socio-sanitario, sono ammesse misure in difetto entro il 20% degli standard dimensionali di riferimento, ad esclusione di quelli definiti standard minimi, delle aree abitative e dei servizi di nucleo e comunque nel rispetto di eventuali minimi dimensionali definiti da norme specifiche.

Nelle aree in ampliamento realizzate in presidi esistenti mediante sopraelevazione o aggiunta di manufatti edilizi non sono ammesse misure in difetto entro il 20% degli standard dimensionali definiti dal presente documento.

Per ottenere l'autorizzazione al funzionamento come RSA, anche solo di un nucleo, occorre adeguare la struttura ai parametri qui descritti sia relativamente all'area residenziale sia per quanto riguarda le aree generali di supporto, di socializzazione e quelle destinate alla valutazione e alle terapie.

## **B) REQUISITI AREE FUNZIONALI**

---

Per adeguarsi alle diverse esigenze derivanti dalla differente e/o mutata composizione degli ospiti e garantire una buona flessibilità organizzativa e gestionale, le strutture sono articolate in nuclei elementari singoli da 10 p.l. o da 20 p.l. da realizzarsi secondo gli standard dimensionali appresso indicati, differenziati in termini organizzativi e di standard di personale, secondo le tipologie di ospiti presenti.

E' possibile realizzare, anche per i NAT, fino a un massimo di 2 p.l. in più per i nuclei da 10 p.l. e fino a un massimo di 4 p.l. in più per i nuclei da 20 p.l., utilizzabili per la pronta accoglienza e i ricoveri temporanei.

Possono essere previsti uno o più nuclei abitativi per piano, anche con aree funzionali separate da eventuali corpi scala; in nessun caso un nucleo abitativo può essere distribuito su più piani.

Le residenze sono da articolare, sotto il profilo funzionale, sulla base dei seguenti servizi:

a) Area residenziale

- Camere e relativi servizi igienici
- Servizi di nucleo
  - Soggiorno - gioco - TV
  - Tisaneria
  - Sala da pranzo
  - Servizi igienici e bagno assistito
  - Locale di servizio per il personale di assistenza, dotato di servizio igienico
  - Infermeria
  - Depositi pulito, sporco, carrozzine/attrezzature, deposito materiale di pulizia
  - Locale vuotatoio/lavapadelle

b) Area destinata alla valutazione e alle terapie

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche
- Area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione
- Locali e palestre con attrezzature per le specifiche attività riabilitative previste

c) Area di socializzazione

- Angolo bar
- Sale e soggiorni polivalenti
- Locale per servizi all'ospite
- Servizi igienici

d) Aree generali di supporto

- Ingresso con portineria
- Uffici amministrativi
- Cucina dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno)
- Lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)
- Magazzini
- Locale per esposizione salme
- Spogliatoi del personale
- Depositi pulito e sporco e materiali igienici.

Nel caso in cui in uno stesso edificio trovino collocazione servizi rivolti ad altre diverse tipologie di utenza, se consentiti dalle norme, possono essere messi in comune solamente le aree generali di supporto (centrale termica, lavanderia, cucina, ecc.), mentre gli spazi a uso degli utenti devono essere tenuti distinti.

### **b.1) Standard dimensionali**

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

## **b.1.1 Area residenziale (nucleo)**

### **b.1.1.1 Camere da letto**

Le camere devono essere da 1 o 2 p.l., con annesso servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere fino ad un massimo di 4 p.l., e devono avere una superficie netta, escluso il disimpegno, di almeno:

12,00 mq per un posto letto

18,00 mq per due posti letto

Nel caso di strutture socio-sanitarie preesistenti è ammessa una camera per nucleo fino a 3 p.l., di 26,00 mq di superficie e con annesso servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza con relativo antibagno.

Per i NAT e più in generale per i nuclei che ospitano persone affette da Alzheimer e altre forme di demenza, è necessario prevedere almeno n. 2 camere singole per un nucleo da 20 p.l. e almeno una camera singola per un nucleo da 10 p.l., al fine di consentire una migliore gestione degli ospiti che manifestano gravi disturbi comportamentali.

Ogni camera deve essere dotata di:

- letti a due o tre snodi, regolabili in altezza e predisposti per inserire sistemi solleva malati; nelle strutture che ospitano anziani in alta intensità, almeno il 15% dei letti deve essere con movimento elettrico;
- cuscini e materassi (antidecubito qualora necessario);
- sedia o poltroncina;
- comodino e armadio;
- sistemi per l'oscuramento e la protezione dalla luce del sole;
- interruttori di comando dell'illuminazione artificiale, differenziato per ogni letto;
- sistema di chiamata a ogni letto.

E' consigliabile prevedere:

- uno spazio di almeno 0,90 m tra i letti e/o tra il letto e la parete (non sono comunque ammessi letti con il lato lungo completamente addossato alla parete)
- uno spazio di almeno 1,20 m tra fondo letto e parete
- arredi fissi con profondità tale da non costituire ingombro o ostacolo alle manovre (non superiore a 0,30 m).

In ogni caso le camere dovranno essere organizzate in modo tale da favorire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione.

### **b.1.1.2 Servizi igienici**

I servizi igienici sono collegati alle camere in numero minimo di uno ogni due camere o quattro p.l. e devono essere di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine, comunque non inferiori a 1,80 x 1,80 m.

La porta di accesso deve avere una luce netta minima di 90 cm e deve essere scorrevole o apribile verso l'esterno.

Ogni servizio igienico deve essere attrezzato con:

- vaso per disabili sospeso o a pavimento, dotato di doccetta uso bidet, oppure vaso-bidet
- lavandino fisso di tipo convesso, con miscelatore tradizionale e regolatore automatico anti-ustione
- specchio inclinabile o realizzato in modo che sia utilizzabile da persone su sedia a ruote
- doccia a raso pavimento, con dislivello tra il bordo anteriore e lo scarico tale da permettere un facile deflusso dell'acqua, fornita di seggiolino ribaltabile e di opportuni maniglioni di sostegno
- ausili e maniglioni di sostegno

Le pareti dei servizi igienico-sanitari devono essere rivestite almeno fino a 2,00 m di altezza con materiale lavabile e impermeabile.

#### b.1.1.3 Soggiorno di nucleo

Il soggiorno di nucleo è lo spazio per la vita di relazione, la lettura, l'ascolto della musica e per guardare la televisione; dovrà pertanto essere progettato e dimensionato per essere flessibile e fruibile per le diverse attività proposte agli ospiti.

È opportuno che tale ambiente adotti pavimentazioni dal colore omogeneo, pareti intonacate con una tinta che identifichi all'ospite il nucleo di appartenenza e arredi ergonomici, in quantità sufficiente in relazione al numero ed alla tipologia degli utenti, costituiti da:

- sedie
- poltrone con braccioli
- credenza
- mobile tv o mensola
- televisione.

Superficie per utente: 2,00 mq

Nei casi in cui nella struttura siano previsti più nuclei sullo stesso piano (fino a un massimo di 40 p.l. più gli eventuali p.l. di pronta accoglienza), si potrà prevedere un unico locale soggiorno con superficie calcolata in base al numero degli utenti, compresa la pronta accoglienza (per esempio, nel caso di un nucleo da 10 + 2 p.l. e uno da 20 p.l. la superficie del soggiorno dovrà essere di 32x2 mq)

#### b.1.1.4 Tisaneria

La tisaneria di nucleo è da intendersi come locale accessorio e di supporto alla cucina centralizzata, a disposizione del personale e degli ospiti, con funzioni di sporzionamento dei cibi preconfezionati, tisaneria, lavaggio stoviglie personali, ecc.

Il locale dovrà essere dotato dell'attrezzatura necessaria in relazione alle funzioni di cui sopra (per es. frigorifero, forno a microonde, lavello, ecc..)

La tisaneria può essere anche individuata come spazio-parete attrezzata all'interno del locale pranzo senza aumento di superficie.

Nei casi in cui nella struttura siano previsti due o più nuclei sullo stesso piano si potrà prevedere un unico locale tisaneria ogni 30 p.l. compresi gli eventuali p.l. di pronta accoglienza.



Superficie:

non inferiore a 10 mq per 1 nucleo

15 mq nel caso si realizzi un solo locale per due nuclei presenti sullo stesso piano.

#### b.1.1.5 Sala da pranzo di nucleo

La sala da pranzo di nucleo è un'area destinata alla distribuzione e al consumo dei pasti ed è ubicata preferibilmente vicino alla tisaneria, se non inserita nello stesso locale.

Il locale pranzo, in quantità sufficiente in relazione al numero ed alla tipologia degli utenti, deve essere provvisto di:

- tavoli con bordi arrotondati
- sedute con braccioli e schienale.

I locali pranzo e soggiorno di nucleo devono essere separati, anche con arredi o pareti mobili.

Superficie per utente: 2,00 mq

Nei casi in cui nella struttura siano previsti più nuclei sullo stesso piano (fino a un massimo di 40 p.l. più gli eventuali p.l. di pronta accoglienza), si potrà prevedere un unico locale sala pranzo, con superficie calcolata in base al numero degli utenti, compresa la pronta accoglienza (per esempio, nel caso di un nucleo da 10 + 2 p.l. e uno da 20 p.l. la superficie del soggiorno dovrà essere di 32x2 mq)

#### b.1.1.6 Bagno assistito

Il bagno assistito è l'area destinata all'igiene personale dell'ospite in condizioni di non autosufficienza, in totale sicurezza per l'assistito e per gli operatori; necessita di preciso dimensionamento e attenta organizzazione degli spazi (scelta e distribuzione degli arredi).

Il bagno assistito deve essere dotato di:

- lavandino
- vaso w.c.
- vasca assistita dotata di sportello apribile oppure barella doccia, regolabile in altezza
- vuotatoio e lavapadelle in angolo separato se non è presente un locale apposito.

Ogni elemento del bagno assistito deve essere accostabile dai tre lati.

Il bagno assistito deve avere pareti rivestite in materiale lavabile e disinfettabile fino ad un'altezza di 2,00 m dal piano di pavimento.

La luce netta della porta del bagno assistito non deve essere inferiore a 90 cm (nel caso di porte a due o più battenti deve essere sempre garantito un passaggio con luce netta minima di 90 cm, realizzato con unico battente).

Nei casi in cui nella struttura siano previsti più nuclei sullo stesso piano (fino a un massimo di 30 p.l. più gli eventuali p.l. di pronta accoglienza), si potrà prevedere un solo bagno assistito, purché supportato da idonea procedura gestionale settimanale che tuteli l'igiene dell'ospite.

Superficie: non inferiore a 12 mq.

#### b.1.1.7 Locale del personale

Per ogni nucleo abitativo deve essere previsto un locale del personale, con annesso servizio igienico.

Nei locali per il personale devono essere previste apparecchiature tecnologiche finalizzate alla comunicazione interna (telefono, citofono, campanello di chiamata, ecc.) oppure soluzioni tecnologiche alternative, quali per esempio telefoni portatili ad uso interno, e comunque con la finalità di mettere il personale addetto all'assistenza tutelare in condizioni di ricevere le richieste di aiuto ed assistenza provenienti dagli ospiti.

Nei casi in cui nella struttura siano previsti più nuclei sullo stesso piano (fino a un massimo di 30 p.l. più gli eventuali p.l. di pronta accoglienza), si potrà prevedere un solo locale del personale.

Superficie:

non inferiore a 9 mq per un nucleo, escluso il servizio igienico

non inferiore a 12 mq nel caso si realizzi un solo locale fino a 30 p.l., escluso il servizio igienico.

#### b.1.1.8 Infermeria

E' un locale previsto per ogni piano, da adibire a deposito medicinali e cartelle cliniche.

Il locale deve essere provvisto di lavandino e, preferibilmente, di servizio igienico annesso. Nel caso in cui ogni nucleo abbia il relativo locale del personale (e quindi due locali del personale anche per due nuclei presenti sullo stesso piano fino ad un massimo di 30 p.l.) il locale infermeria può essere omesso prevedendo la relativa funzione nell'ambito del locale del personale.

Superficie:

non inferiore a 12 mq

#### b.1.1.9 Deposito biancheria pulita

Il deposito biancheria pulita deve essere previsto in ogni piano, per consentire il ricambio della biancheria e la sua conservazione in perfette condizioni microclimatiche; a tal fine, il locale deve essere ben areato, privo di riscaldamento e attrezzato con scaffali metallici.

Nel caso in cui in sostituzione del locale per la biancheria si utilizzino solo degli armadi, è necessario prevedere un locale per il ricovero dei carrelli.

La superficie deve essere tale da consentire la corretta movimentazione di carichi e attrezzature.

#### b.1.1.10 Deposito biancheria sporca

Il deposito biancheria sporca deve essere previsto in ogni piano. Il locale deve essere ben ventilato e non riscaldato.

La superficie deve essere tale da consentire la corretta movimentazione di carichi e attrezzature.

#### b.1.1.11 Deposito carrozzine ed attrezzature

È da prevedere un locale ripostiglio per ogni piano, da adibire a deposito per lo stoccaggio di materiale vario, compreso quello di pulizia e sanificazione e di consumo per i servizi igienici, carrozzine, materiali e attrezzature varie necessarie per l'operatività dei servizi.

Superficie: 12,00 mq

#### b.1.1.12 Locale vuotatoio e lavapadelle

Deve essere previsto un idoneo vuotatoio, per lo smaltimento di materie liquide e solide (feci, batuffoli di cotone, carta, ecc.) e un lavapadelle, preferibilmente per ogni nucleo e comunque con un minimo di uno ogni 30 p.l. nel caso in cui vi siano più nuclei sullo stesso piano. Il vuotatoio/lavapadelle può essere allocato in un apposito locale, ben ventilato e non riscaldato, oppure nel bagno assistito.

Superficie del locale apposito: non inferiore a 3,00 mq.

#### b.1.1.13 Aree per wandering

Per i NAT e più in generale per i nuclei che ospitano persone affette da Alzheimer e altre forme di demenza, occorre prevedere una o più "wandering areas", cioè percorsi sicuri, all'interno e, preferibilmente, anche all'esterno del presidio, che consentano all'ospite di deambulare in modo protetto. Dette aree o locali devono possedere un percorso continuo e circolare preferibilmente attorno a un arredo adeguatamente attrezzato.

### **b.1.2 Area destinata alla valutazione e alle terapie**

#### b.1.2.1 Locale per prestazioni ambulatoriali

Deve essere previsto per ogni struttura un locale per prestazioni ambulatoriali, destinato al controllo periodico degli ospiti e alle prestazioni di tipo infermieristico e farmacologico, arredato con una scrivania, lettino, armadio farmaceutico e dotato delle attrezzature necessarie alle prestazioni in esso espletate.

Il locale può essere localizzato in adiacenza ad una infermeria di piano, al fine di concentrare in un'unica zona le prestazioni sanitarie, infermieristiche e ambulatoriali, organizzando gli spazi in relazione alle esigenze degli infermieri, degli MMG e del Direttore sanitario, nonché in funzione dell'utenza della struttura.

Superficie: 15,00 mq

#### b.1.2.2 Servizio di fisiochinesi terapia – servizio di podologia

Il locale destinato a tali servizi deve avere una superficie indicativa di riferimento non inferiore a 10 mq, che può essere ricavata anche in box all'interno della palestra, in aggiunta alla superficie della stessa così come definita al successivo punto b.1.2.3.

Gli arredi richiesti sono un lettino a tre snodi per chinesiterapia, sgabelli girevoli, contenitori, scaffali e poltroncine.

#### b.1.2.3 Palestra - spogliatoi - deposito - servizi igienici

Il locale destinato a palestra, di dimensioni minime di 40,00 mq per strutture con 40 o più p.l. e di 25,00 mq per le altre (con la possibilità, per quest'ultime, di utilizzare il locale anche per altre attività), deve poter contenere le seguenti attrezzature: materassino per gli esercizi a terra, cyclettes, vogatori, spalliere, scale a due pendenze, parallele per la deambulazione, tapis roulant, lettino Bobath, ruota per le spalle e pesi mobili.

E' necessario prevedere anche un locale per il deposito degli attrezzi ginnici, aggiuntivo rispetto alla superficie della palestra di cui sopra.

Qualora la palestra sia anche aperta all'utenza esterna, in particolari orari della giornata, è necessario dotare la struttura di spogliatoi e servizi igienici dedicati suddivisi in due sezioni per sesso entrambi accessibili come da Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n. 503.

### **b.1.3 Area di socializzazione**

#### **b.1.3.1 Soggiorni comuni e sale polivalenti, angolo bar**

Ogni struttura deve essere dotata di uno o più ambienti destinati a diverse attività volte a incrementare e favorire la vita di relazione tra gli ospiti e impedire fenomeni di isolamento. Tali ambienti, oltre a essere aperti al pubblico, devono essere organizzati per ospitare diverse attività, sia individuali sia collettive, quali lettura, attività artistiche e/o hobbistiche, riunioni, feste, conferenze, concerti, ecc.

I diversi ambienti possono essere anche compresi in un unico locale in cui gli spazi, accessibili ai disabili su sedia a ruote, sono opportunamente delimitati da arredi o pareti scorrevoli.

All'interno del soggiorno/sala polivalente potranno essere individuati spazi arredati con distributori automatici di bevande calde e fredde.

Superficie per utente: 1,50 mq, suddivisi anche in più locali, di cui almeno uno di dimensioni non inferiori a 40,00 mq.

#### **b.1.3.2 Locale per il culto**

Nelle strutture residenziali di grosse dimensioni è indicata la presenza di un locale per il culto, in prossimità delle sale polivalenti, e a esse preferibilmente collegato al fine di poter ampliarne la superficie in caso di necessità.

Per presidi fino a 40 p.l. tale locale può essere omesso, utilizzando per le funzioni religiose il soggiorno comune, opportunamente arredato.

Il locale per il culto è preferibilmente ubicato in zona baricentrica, facilmente accessibile agli ospiti ed aperto al pubblico affinché la partecipazione alle funzioni religiose sia un elemento di condivisione della fede comune.

Vista la peculiarità del luogo e del significato che viene attribuito alla fede dalle persone anziane, si suggerisce di prestare un'attenzione particolare sia alla sua collocazione sia agli arredi per arricchirlo di significati.

Superficie: non inferiore a 40,00 mq.

#### **b.1.3.3 Parrucchiere, barbiere, pedicure**

È un locale per l'igiene e la cura della persona.

Per presidi fino a 30 p.l. tale locale può essere omesso.

Superficie: non inferiore a 12,00 mq.

#### **b.1.3.4 Servizi igienici ad uso collettivo**

I servizi igienici a uso collettivo devono essere previsti a ogni piano della struttura residenziale.

Suddivisi in due sezioni per sesso, di cui uno accessibile come da DPR 24.07.1996 n. 503, devono contenere al minimo un vaso e un lavabo ciascuno.

#### b.1.3.5 Spazio per soft corner

Nei NAT e più in generale in presenza di anziani affetti da Alzheimer o altre forme di demenza è utile riservare spazi definiti e funzionali per il "soft corner", in cui trattare con adeguate tecniche (per esempio la musicoterapia) i casi di agitazione psicomotoria.

### **b.1.4 Aree generali di supporto**

#### b.1.4.1 Ingresso con servizio di portineria

L'ingresso con servizio di portineria può essere costituito da un unico ambiente, adeguatamente organizzato per essere punto d'informazione e di riferimento per gli ospiti e i visitatori.

La sua ampiezza deve essere tale da consentire un comodo accesso alle scale, agli ascensori, nonché ai corridoi di collegamento alle varie aree.

#### b.1.4.2 Uffici per la direzione e l'amministrazione

Gli uffici per la direzione e l'amministrazione devono essere ubicati preferibilmente al piano terra e in prossimità dell'atrio principale di ingresso.

Superficie: 30,00 mq suddivisibili in più locali.

#### b.1.4.3 Locale per esposizione salme

Ogni presidio deve essere dotato di uno o più locali per ricevere le persone decedute all'interno della struttura, per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- osservazione del cadavere
- trattamento conservativo
- trattamenti di tanatoprassi e tanatocosmesi
- custodia ed esposizione del cadavere
- celebrazione di riti di commemorazione e di dignitoso commiato.

Si suggerisce di localizzarlo in luogo appartato, se ubicato all'esterno dell'edificio, o opportunamente schermato, se trova collocazione all'interno del presidio.

Il locale/i per esposizione salme deve:

- essere areato e atto a mantenere idonee temperature anche in estate;
- avere pareti rivestite con materiale lavabile per un'altezza di 2,00 m dal piano di pavimento;
- avere pavimento in materiale liscio, impermeabile, ben unito, lavabile e provvisto di piletta e pendenze che facilitino lo scolo delle acque di lavaggio;
- avere arredi per la disposizione dei feretri;
- essere dotata di mezzi idonei per avvertire eventuali manifestazioni di vita.

Per quanto qui non descritto deve comunque rispondere ai requisiti igienico-strutturali minimi previsti dal D.P.R. 10/9/90 n. 285 per le camere mortuarie.

Occorre, infine, prevedere un idoneo spazio per la sosta dei familiari del defunto facilmente accessibile anche ai mezzi di trasporto del feretro.

Nelle strutture di nuova istituzione con posti letto pari o superiori a 60 p.l., il locale per esposizione delle salme deve essere dimensionato per ospitare anche più di un feretro e suddivisibile mediante pareti mobili o tende.

#### b.1.4.4 Cucina

Il locale cucina deve rispondere alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari di settore.

La cucina deve essere ubicata in modo da facilitare gli approvvigionamenti di derrate e lo smaltimento dei fumi e degli odori, che deve avvenire senza recare fastidi all'esterno e all'interno dell'edificio.

Il personale addetto al servizio di preparazione pasti deve avere spogliatoi e servizi igienici distinti per sesso e accesso ai locali di lavoro distinto da quello delle materie prime e delle derrate alimentari.

Nel caso di servizio in appalto esterno, è da prevedersi solo un locale di ricevimento derrate e sporzionamento, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare.

Il locale cucina potrà, se opportunamente dimensionato, essere utilizzato per fornire pasti anche ad altre strutture presenti in zona.

#### b.1.4.5 Lavanderia - stireria

Il servizio di lavanderia – stireria deve essere ubicato in locali idonei per l'ancoraggio delle macchine e per il contenimento delle vibrazioni che queste possono trasmettere alle strutture dell'edificio.

Tale locale dovrà altresì essere ubicato preferibilmente in adiacenza/vicinanza al locale "Deposito generale dello sporco e del pulito" di cui al successivo punto b.1.4.8 al fine di contenere i percorsi sporco/pulito e migliorare l'ergonomia.

Il locale lavanderia, nei grandi complessi, è in genere suddiviso nelle seguenti aree di lavoro:

- cernita e deposito biancheria sporca;
- lavaggio;
- asciugatura;
- stiratura e piegatura della biancheria piana;
- stiratura biancheria sagomata;
- rammendo e guardaroba.

La superficie del locale dipende da molteplici fattori, quali:

- tipo e quantità di biancheria giornaliera;
- ingombro delle attrezzature.

Nel caso la struttura si avvalga di servizio in appalto esterno, dovrà essere comunque prevista una lavanderia di almeno 20,00 mq.

#### b.1.4.6 Spogliatoi del personale

I locali adibiti a spogliatoio del personale devono rispondere a quanto prescritto dal D.Lgs 3 agosto 2009 n. 106 all. IV e s.m.i.

#### b.1.4.7 Magazzini e depositi materiali igienici

I locali destinati a magazzini e depositi materiali igienici, collocati in modo da limitare quanto più possibile la lunghezza dei percorsi, devono essere ben areati, privi di umidità e dimensionati in relazione all'organizzazione della struttura.

La superficie deve essere tale da consentire la corretta movimentazione di carichi e attrezzature.

#### b.1.4.8 Deposito generale dello sporco e del pulito

Nel caso di servizio di lavanderia esternalizzato, oltre ai punti di stoccaggio individuati nei nuclei, devono essere previsti appositi locali per il deposito del pulito in arrivo e dello sporco in partenza.

Il percorso della biancheria sporca dai punti di stoccaggio individuati nei nuclei al deposito generale o al locale lavanderia deve essere separato dai percorsi delle vivande e degli ospiti. Nei casi in cui nelle strutture esistenti non sia possibile effettuare la separazione fisica dei percorsi sporco/pulito, occorre che sia identificata un'apposita procedura gestionale e organizzativa (orari, sanificazione, ecc.) che eviti comunque la commistione tra sporco e pulito.

### **C) REQUISITI GENERALI STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

#### **c.1) Denominazione**

Centro Diurno Integrato inserito in una RSA (C.D.I.)

Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.)

Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.)

Centro Diurno Alzheimer inserito in una RSA (C.D.A.I.)

#### **c.2) Finalità**

Il C.D.I. ed il C.D.I.A. sono strutture semiresidenziali che assistono anziani parzialmente non autosufficienti e non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario che non possono essere soddisfatte interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, al fine di favorire il recupero dell'autonomia e il mantenimento nel proprio contesto abitativo, migliorare e sviluppare le capacità residue, nonché fornire un supporto ai nuclei familiari.

Il C.D.A.A. ed il C.D.A.I. sono strutture semiresidenziali che assistono persone affette da demenza, attuando programmi riabilitativi e socializzanti mediante l'insieme combinato di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

#### **c.3) Utenti**

Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti per il C.D.I. ed il C.D.I.A.

Persone non autosufficienti di norma anziane affette da Alzheimer e altre forme di demenza per il C.D.A.A. ed il C.D.A.I..

#### **c.4) Capacità ricettiva**

Per il C.D.A.A. ed il C.D.I.A.:

Minima: 10 utenti

Massima: 25 utenti

Per il C.D.I. e il C.D.A.I.:

Minima: 5 utenti

Massima: 20 utenti

### **c.5) Principi generali di progettazione**

Tutti i Centri Diurni devono rispettare i principi generali stabiliti dal presente provvedimento al punto a.5, nonché, per il C.D.A.A. e il C.D.A.I., il punto b.1.1.13. Qualora il C.D.I.A. o il C.D.A.I. siano inseriti in un presidio socio-sanitario di nuova realizzazione, devono essere localizzati al piano terreno ed essere collegati all'area esterna.

### **D) REQUISITI AREE FUNZIONALI**

Il C.D.A.A. ed il C.D.I.A., essendo strutture autonome, si articolano, sotto il profilo funzionale, nelle sotto elencate aree:

Aree generali di supporto:

- Ingresso con portineria
- Uffici amministrativi
- Cucina dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno)
- Lavanderia e stireria (se il servizio non è appaltato all'esterno)
- Magazzini
- spogliatoi e servizi igienici per il personale.

Area di socializzazione:

- servizi igienici per gli ospiti
- sale e soggiorni polivalenti/angolo bar
- sala riposo/lettura

Area destinata alla valutazione e alla terapia:

- infermeria e servizio igienico
- palestra
- bagno assistito.

I C.D.I. e i C.D.A.I., invece, potendo usufruire di parte dei servizi già presenti nella RSA in cui sono inseriti, si articolano nelle sotto elencate aree:

Area di socializzazione:

- servizi igienici per gli ospiti
- sale e soggiorni polivalenti/angolo bar
- sala riposo/lettura

Area destinata alla valutazione e alla terapia:

- bagno assistito.

Aree generali di supporto:

- Ingresso/deposito del vestiario
- Tisaneria/locale del personale

Tali aree devono essere collocate allo stesso piano e in spazi tra di loro contigui.

### **d.1) Standard dimensionali**

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione dei presidi semiresidenziali sono determinati nelle misure che seguono, alle quali non è applicabile la riduzione del 20%.



### **d.1.1 Aree generali di supporto**

Per quanto riguarda le aree generali di supporto del C.D.A.A. ed il C.D.I.A. (uffici amministrativi, cucina dispensa e locali accessori, lavanderia e stireria, magazzini, spogliatoi e servizi igienici per il personale) si rimanda a quanto indicato nel presente provvedimento al punto b.1.4.

Per il C.D.I. e il C.D.A.I. con 10 o più utenti, nel caso in cui la cucina o la tisaneria già presenti nella struttura non siano dislocate in prossimità delle aree adibite a centro diurno, deve essere previsto un locale tisaneria, da adibire eventualmente anche a locale del personale.

#### **d.1.1.1 Ingresso**

L'ingresso deve essere idoneamente dimensionato per svolgere un'azione di accoglienza degli utenti e consentire anche di collocare gli armadietti per il deposito del vestiario. Tale funzione, eventualmente prevedendo un locale apposito, dovrà essere prevista anche per il C.D.I. e il C.D.A.I.

### **d.1.2 Area di socializzazione**

#### **d.1.2.1 Servizi igienici per gli utenti**

I servizi igienici per gli utenti devono essere suddivisi in due sezioni per sesso, entrambi accessibili come da DPR 24.07.1996 n. 503, e devono contenere al minimo un vaso e un lavabo ciascuno.

Per i C.D.A.A. ed i C.D.I.A. con 15 o più utenti occorre prevedere due blocchi di servizi igienici aventi le caratteristiche di cui sopra.

Per il C.D.I. e il C.D.A.I. con meno di 10 utenti i servizi igienici possono essere omessi se sono già presenti i servizi igienici collettivi della struttura, aventi le caratteristiche di cui sopra, in prossimità dell'area in cui è dislocato il centro diurno.

#### **d.1.2.2. Sale e soggiorni polivalenti/angolo bar**

Per tutti i Centri Diurni devono essere previste aree di socializzazione opportunamente dimensionate, arredate e organizzate in spazi elementari, preferibilmente diversi tra loro per arredo e colore e delimitate da pareti mobili che, all'occorrenza, possano facilmente ridurre e/o ampliare la fruibilità delle sale medesime, in relazione alle diverse attività che in esse possono svolgersi.

All'interno del soggiorno/sala polivalente potranno essere individuati spazi arredati con distributori automatici di bevande calde e fredde.

Superficie per utente: 3,00 mq suddivisibili in più locali.

#### **d.1.2.3. Sala riposo/lettura**

Il locale riposo/lettura è uno spazio adibito a biblioteca e sala lettura ove, dopo il pranzo, è possibile usufruire delle poltrone per effettuare il riposo pomeridiano.

Superficie per utente: 2,00 mq.

Per i C.D.I. e i C.D.A.I. fino a 7 utenti il locale deve avere una superficie di almeno 15 mq.

### **d.1.3 Area destinata alla valutazione e alla terapia**

#### **d.1.3.1. infermeria e servizio igienico**

E' un locale da adibire a deposito medicinali e cartelle cliniche, le cui dimensioni minime devono essere di 12,00 mq, escluso il servizio igienico.

Il locale deve essere provvisto di lavandino e di servizio igienico annesso.

E' un locale destinato ad offrire prestazioni di tipo infermieristico e farmacologico e per effettuare controlli periodici agli utenti.

#### **d.1.3.2. palestra**

Per il C.D.A.A. ed il C.D.I.A. deve essere prevista una palestra di dimensioni minime di 25 mq dotata delle necessarie attrezzature.

#### **d.1.3.3. bagno assistito**

Per i C.D.I.A. e i C.D.I.A. è necessario prevedere un bagno assistito con le caratteristiche definite nel presente provvedimento al punto b.1.1.6.

Per i C.D.I. e i C.D.A.I. fino a 10 utenti non è necessario prevedere un bagno assistito dedicato purché un bagno assistito della struttura sia dislocato in prossimità delle aree dedicate al centro diurno.

## **E) NORME TRANSITORIE**

---

I parametri strutturali definiti nel presente provvedimento trovano immediata applicazione per le strutture di nuova istituzione.

Le strutture attualmente esistenti e operanti con autorizzazione al funzionamento per RAF o RSA a regime definitivo per anziani non autosufficienti in base ai parametri strutturali definiti dalle norme vigenti al momento del rilascio del provvedimento autorizzativo possono continuare l'attività senza necessità di adeguarsi ai parametri strutturali qui descritti.

Gli organi preposti al rilascio dell'autorizzazione al funzionamento ridefiniranno come RSA per anziani non autosufficienti le strutture o nuclei residenziali che al momento dell'approvazione del presente provvedimento risultano autorizzati come RAF in regime definitivo per anziani non autosufficienti.

Le strutture esistenti e operanti con autorizzazione al funzionamento per RAF o RSA a regime transitorio per anziani non autosufficienti che abbiano già presentato il progetto di adeguamento al regime definitivo ai sensi dell'art. 23C della DGR 14.09.2009 n. 25-12129, nonché tutte le strutture che, al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento, siano in corso di costruzione, è consentita la realizzazione/il completamento dei lavori, a condizione che gli interventi possiedano i requisiti strutturali richiesti dalla normativa vigente all'atto della presentazione del progetto alle AASSLL e/o della richiesta del Permesso di Costruire o della presentazione della D.I.A./S.C.I.A. In alternativa la struttura, anche per le parti già realizzate, dovrà essere adeguata ai parametri strutturali qui descritti.

Le strutture che hanno completato i lavori e per le quali è stata presentata domanda di autorizzazione al funzionamento alle AASSLL competenti per territorio prima dell'entrata in vigore del presente provvedimento devono possedere i requisiti strutturali richiesti dalla

normativa vigente all'atto della presentazione del progetto alle AASSLL e/o della richiesta del Permesso di Costruire o della presentazione della D.I.A./S.C.I.A.

Per quanto riguarda i Nuclei Alzheimer e i Centri Diurni Alzheimer già operanti prima dell'emanazione della DGR n. 38-11189 del 06.04.2009, elencati nelle tabelle 2 e 3 allegate al presente provvedimento, nel caso in cui non abbiano ancora realizzato gli interventi necessari previsti dalla suddetta deliberazione, per l'ottenimento dell'autorizzazione al funzionamento come NAT devono adeguarsi agli standards gestionali e strutturali previsti dal presente provvedimento entro 12 mesi dall'approvazione dello stesso.

Le strutture elencate nelle tabelle 2 e 3 allegate al presente provvedimento che hanno completato i lavori di cui sopra e per le quali è stata presentata domanda di autorizzazione al funzionamento alle AASSLL competenti per territorio prima dell'entrata in vigore del presente provvedimento, devono possedere i requisiti strutturali richiesti dalla DGR n. 38-11189 del 06.04.2009. Altresì, per le strutture in cui i lavori, al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento, siano in corso di realizzazione, è consentito il completamento degli stessi, a condizione che gli interventi possiedano i requisiti strutturali richiesti dalla DGR n. 38-11189 del 06.04.2009 e siano terminati entro 12 mesi dall'approvazione del presente provvedimento. In alternativa la struttura, anche per le parti già realizzate, dovrà essere adeguata ai parametri strutturali qui descritti.

## **F) NORME FINALI**

Sono soppresse le disposizioni inerenti i requisiti strutturali per le Residenze Assistenziali Flessibili (R.A.F.), le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), i Nuclei Alzheimer Temporanei (N.A.T.), i Centri Diurni Integrati inseriti in un presidio socio-sanitario (C.D.I.), i Centri Diurni Integrati (C.D.I.A.), i Centri Diurni Alzheimer Autonomi (C.D.A.A.) e i Centri Diurni Alzheimer inseriti in un presidio socio-sanitario (C.D.A.I.), contenute nei seguenti provvedimenti:

- DGR n. 38-16335 del 26.06.1992
- DGR n. 41-42433 del 09.01.1995
- DGR n. 129-10470 del 09.07.1996
- DGR n. 203-14027 del 18.11.1996
- DGR n. 37-29311 del 07.02.2000
- DGR n. 39-29311 del 07.02.2000
- DGR n. 38-11189 del 06.04.2009

Le Residenze Assistenziali di Base (R.A.B.) di cui alla DGR n. 38-16335 del 26.06.1992 sono soppresse. Le strutture esistenti autorizzate al funzionamento come R.A.B. possono continuare l'attività.

Per quanto riguarda le Residenze Assistenziali (R.A.), resta invariato quanto definito con la DGR 38-16335 del 29.06.1992, con la precisazione che i requisiti strutturali delle RAF a cui si fa riferimento sono da intendersi sostituiti dai requisiti strutturali delle R.S.A. definiti dal presente provvedimento, ad eccezione del rapporto tra numero dei posti letto per camera e relativi servizi igienici che dovrà essere di un servizio igienico ogni 2 posti letto.

Per quanto riguarda i Nuclei Stati Vegetativi (N.S.V.) e i Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (N.A.C.) resta invariato quanto definito con DGR 62-13647 del 22.03.2010 con la precisazione che i requisiti strutturali delle R.S.A. a cui si fa riferimento

sono da intendersi sostituiti dai requisiti strutturali delle R.S.A. definiti dal presente provvedimento. Ad integrazione del punto 4.3.2. Requisiti strutturali della DGR anzidetta, considerato che l'installazione di alcune nuove tecnologie permettono oggi di ottimizzare l'utilizzo degli spazi favorendo l'assistenza al paziente e assicurando altresì il rispetto della privacy, la funzionalità della stanza, nonché un alto livello di pulizia e disinfezione, e tenuto conto, oltre a ciò, dell'eventualità di ospitare pazienti privi di assistenza familiare o per i quali è utile il sostegno dei familiari, si ritiene opportuno consentire anche la realizzazione per ogni nucleo N.S.V. e N.A.C. di un massimo di due camere a due posti letto aventi le seguenti caratteristiche:

- Superficie minima di 22 mq;
- Bagno collegato alla camera;
- Sistemi di sollevamento e di supporto delle eventuali attrezzature tali da consentire la massima fruibilità della camera;
- Letti di degenza in grado di offrire diverse modalità di mobilitazione;
- Letti di ingombro ridotto per eventuali accompagnatori;
- Sistemi di paratie mobili per garantire la privacy.

Nel caso in cui un nucleo N.S.V. ed un nucleo N.A.C. siano dislocati al medesimo piano è consentito realizzare un unico locale di soggiorno della metratura pari al doppio di quella prevista per il singolo nucleo, nonché, a servizio di entrambi i nuclei:

- un bagno assistito;
- una cucina di nucleo o angolo cottura nel soggiorno;
- un locale deposito della biancheria pulita e un locale deposito della biancheria sporca;
- un deposito per le attrezzature sanitarie.

Lo spazio riabilitativo può trovare collocazione anche al di fuori del nucleo purché in area facilmente accessibile in relazione alle persone accolte.

I Centri Diurni (C.D.) per anziani autosufficienti di cui alla DGR 39-29311 del 07.02.2000 devono rispettare i requisiti strutturali definiti nel presente provvedimento per i C.D.I. con esclusione del bagno assistito. Possono altresì essere realizzati C.D. autonomi, cioè non inseriti in un presidio socio-sanitario, rispettando i requisiti strutturali definiti nel presente provvedimento per i C.D.I.A., con esclusione di tutti i locali relativi all'area destinata alla valutazione e alla terapia.

## **ALLEGATO 3**

# **REQUISITI GESTIONALI PER NUCLEI ALZHEIMER E CENTRI SEMIRESIDENZIALI**

### **a) NUCLEI ALZHEIMER TEMPORANEI (N.A.T.)**

L'attivazione dei nuclei speciali per l'assistenza di soggetti affetti da demenza in residenze socio sanitarie rappresenta un obiettivo di qualificazione dell'attività svolta dai presidi residenziali extraospedalieri, al fine di assicurare agli stessi l'appropriatezza delle cure all'interno di un adeguato percorso assistenziale.

Il Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) è inserito nella rete dei servizi territoriali in collegamento con le Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), le Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) e il Medico di Medicina Generale (M.M.G.).

Il N.A.T. è destinato a pazienti affetti da demenza con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche e con gravi disturbi comportamentali. La permanenza nel nucleo ha carattere di temporaneità: l'U.V.G. dell' Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) di residenza dell'utente deve verificare periodicamente, in base al Progetto di intervento individualizzato, se sussiste la necessità della permanenza del soggetto ricoverato, o se ne sia attuabile la dimissione od il trasferimento in residenza socio-sanitaria o al domicilio.

#### **1) SOGGETTI DESTINATARI**

I destinatari del N.A.T. sono soggetti affetti da demenza di grado moderato-severo con gravi disturbi comportamentali o severi sintomi psichici, che possono trarre vantaggio da un intervento terapeutico psico-riabilitativo intensivo, sulla base di un progetto individuale predisposto dall'U.V.G., provenienti da altri Nuclei di residenze socio-assistenziali, dai Centri Diurni Alzheimer (C.D.A./C.D.A.I.), dal proprio domicilio, dall'ospedale.

#### **2) VALUTAZIONE E PROGETTO INDIVIDUALE**

L'U.V.G. sulla base di una diagnosi di demenza accertata, valuta le condizioni cliniche e la severità dei disturbi comportamentali, individua i bisogni, ne definisce il Progetto individuale.

I disturbi comportamentali devono essere valutati con lo strumento Neuropsychiatric Inventory [(N.P.I) di Cummings JL, Mega M, Gray K], il punteggio complessivo non deve essere inferiore a 24 o raggiungere in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12.

Tuttavia l'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di considerare appropriato un ricovero in N.A.T. in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di criticità e/o instabilità, qualora si possa prevedere un beneficio per la persona valutata, precisandone le motivazioni.

Il Progetto individuale deve comprendere gli obiettivi, le figure professionali coinvolte, gli interventi, i tempi di rivalutazione e in base all'esito il percorso successivo.

#### **3) OBIETTIVI**

↳ riduzione e controllo disturbi comportamentali;

- ↪ sostegno alle condizioni generali (in particolare nutrizionali);
- ↪ trattamento comorbidità;
- ↪ monitoraggio terapie psicofarmacologiche;
- ↪ riduzione e/o abolizione della contenzione fisica;
- ↪ tutela dell'incolumità del paziente;
- ↪ attivazione/riabilitazione applicata all'area cognitiva, all'area del comportamento e all'area dell'abilità funzionali con tecniche di comprovata efficacia.

Per i familiari degli ospiti devono essere previste attività di sostegno quali colloqui individuali, gruppi di auto-mutuo-aiuto e formazione, al fine di facilitare la gestione del paziente anche per un eventuale rientro al domicilio.

#### **4) ORGANIZZAZIONE**

L'inserimento è disposto dall'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza del soggetto interessato, che certifica l'ammissibilità, anche su proposta dell'U.V.A..

Ogni N.A.T. deve operare in stretta collaborazione con i C.D.A.A./C.D.A.I. di riferimento sul territorio.

Considerata la particolare tipologia dei pazienti, i N.A.T. possono essere articolati in moduli da 10/20 posti letto e sono affidati al "Medico Responsabile del Nucleo", geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche (con presenza di almeno 10 ore sett.li).

E' prevista inoltre la presenza di uno psicologo con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile. Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di *burn-out* degli operatori (con presenza di almeno 10 ore sett.li).

#### **5) PRESTAZIONI**

Dal momento dell'ingresso nel N.A.T., oppure dalla visita di pre-accoglienza, tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione, per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona;
- alle attività della vita quotidiana;
- alle abitudini alimentari;
- all'umore ed ai comportamenti;
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

Nei N.A.T. inoltre devono essere garantiti i seguenti interventi all'interno del Piano Assistenziale Individuale:

- osservazione comportamentale;
- valutazione psico-diagnostico-terapeutica, programmazione attività sanitaria, controllo periodico con gestione dei problemi sanitari intercorrenti;
- nursing orientato al mantenimento delle capacità residue e delle attività di base della vita quotidiana;
- animazione orientata a favorire l'esercizio delle funzioni psichiche;
- attività psicodiagnostica, di riabilitazione cognitiva e motoria.

E' infatti attraverso tale strumento, il P.A.I., che si sancisce il passaggio da un servizio per prestazioni a quello per progetti e quindi da una assistenza eguale per tutti ad una assistenza individualizzata.

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al medico responsabile del N.A.T..

Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) assicura le prestazioni sanitarie previste dalla normativa convenzionale vigente.

## **6) ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE**

La centralità della persona e la risposta ai suoi bisogni costituiscono il cardine dell'assistenza personalizzata. Pertanto la struttura deve garantire il rispetto e soddisfare i bisogni di socializzazione dell'ospite attraverso il mantenimento dei rapporti con l'esterno. Deve, quindi, favorirsi la partecipazione di persone dall'esterno (familiari negli orari più ampi, volontariato, amici), in modo tale che l'organizzazione del servizio sia scandita da momenti di socializzazione, oltre all'animazione, e deve avvalersi di personale competente.

Occorre che ogni N.A.T. definisca procedure e protocolli per indicare agli operatori quale sia il modo migliore per assicurare una assistenza di qualità con il massimo dell'appropriatezza e di beneficio per l'ospite, il minimo rischio e un buon uso delle risorse.

Si rende altresì necessario che ogni N.A.T. definisca un programma di formazione e aggiornamento dei propri operatori, i cui contenuti devono essere tecnici, organizzativi, gestionali, etici, informati alla metodologia della valutazione e revisione della qualità.

## **b) CENTRI DIURNI ALZHEIMER (C.D.A.A. e C.D.A.I.)**

Il centro diurno per soggetti con demenze è un servizio semiresidenziale, destinato a soggetti affetti da demenza e al sostegno dei familiari e/o altre persone di riferimento, che li assistono al domicilio.

Il Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) o inserito in una RSA (C.D.A.I.) costituisce elemento fondamentale nella rete dei servizi territoriali ed è in collegamento con l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), l'Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) e il Medico di Medicina Generale (M.M.G.). Inoltre si pone come punto di riferimento territoriale nelle reti dei servizi e mette le sue risorse professionali a disposizione dei familiari, che mantengono al domicilio il proprio congiunto affetto da demenza.

## **1) SOGGETTI DESTINATARI**

I destinatari del C.D.A.A./C.D.A.I. sono soggetti affetti da morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, con diagnosi accertata, in base a criteri scientifici validati. L'U.V.G. ne definisce l'eligibilità.

## **2) OBIETTIVI**

Obiettivo del C.D.A.A./C.D.A.I. è il miglioramento della qualità della vita dell'utente e dei suoi famigliari, con la conseguente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.

A tal fine il C.D.A.A./C.D.A.I. predispone azioni volte a :

- ↪ individuare interventi terapeutici, anche per quanto concerne la presenza di altre eventuali patologie concomitanti;
- ↪ migliorare il quadro sintomatologico funzionale, psicologico e comportamentale;
- ↪ ridurre o abolire l'uso di psicofarmaci;
- ↪ stimolare le capacità sociali (comunicative, relazionali e cognitive);
- ↪ realizzare adeguati interventi di supporto ai famigliari e/o altre persone di riferimento.

Il C.D.A.A./C.D.A.I. è punto di riferimento anche per i familiari e/o altre persone di riferimento degli utenti. A tal fine il personale del C.D.A.A./C.D.A.I. promuove nei confronti dei congiunti o altra persona di riferimento interventi tesi al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- riduzione dello stress;
- promozione del benessere psichico;
- mantenimento della salute fisica;
- miglioramento delle relazioni sociali;
- acquisizione di conoscenze sulla malattia e di capacità di gestire il paziente;
- miglioramento della relazione con il familiare o altra persona di riferimento.

## **3) MONITORAGGIO**

Nei riguardi dell'utente è necessario monitorare periodicamente le seguenti aree facendo anche riferimento alle relative scale, come ad esempio:



- ◆ cognitive - ESAME DELLO STATO MENTALE [Mini - Mental State Examination (M.M.S.E.) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR];
- ◆ comportamentali e relativo carico assistenziale - INVENTARIO NEUROPSICHIATRICO [Neuropsychiatric Inventory (N.P.I) Cummings JL, Mega M, Gray K];
- ◆ funzionali - SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA [Barthel Index (B.I.) Mahoney FI, Barthel DW].

Occorre, inoltre, valutare:

- ◆ il carico assistenziale sugli operatori - SCALA PER LA DEMENZA DI ALZHEIMER DI GRADO SEVERO [Bedford Alzheimer Nursing Severità Scale (B.A.N.S.S.) Volicer L, Hurley AC, Lathi DC, Kowall NW];
- ◆ il carico assistenziale ed emotivo-affettivo del familiare o di altra persona di riferimento - INVENTARIO DEL CARICO DEL CAREGIVER [CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI) Novak M e Guest C, 1989].

#### **4) ACCESSO E FREQUENZA**

L'inserimento al C.D.A.A./C.D.A.I. è disposto dall'U.V.G. dell'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) competente per territorio, che verifica l'ammissibilità e predispone il Progetto individuale sulla base dei bisogni del soggetto e delle esigenze dei familiari o altra persona di riferimento, emersi in sede di valutazione.

La frequenza al C.D.A.A./C.D.A.I. può essere modulata in base ai bisogni del soggetto e della famiglia o altra persona di riferimento, purché definita e concordata in sede U.V.G. e in accordo con il responsabile del C.D.A.A./C.D.A.I. .

Il C.D.A.A./C.D.A.I. deve essere aperto per almeno 5 giorni alla settimana (da lunedì a venerdì) con un orario minimo di 8 ore giornaliere (comprensive del pranzo). L'attività del Centro Diurno può essere sospesa per limitati periodi durante l'anno, in base a motivate esigenze organizzative locali.

Il C.D.A.A./C.D.A.I. ha una ricettività massima di 25 utenti/die e deve essere in possesso dei requisiti strutturali stabiliti nell'Allegato 2 del presente provvedimento.

All'utente deve essere garantito il servizio di trasporto da e per il domicilio, da parte del centro diurno anche attraverso accordi e risorse locali.

#### **5) PRESTAZIONI**

Dal momento dell'ingresso nel C.D.A.A./C.D.A.I., tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione, per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona;

- alle attività della vita quotidiana;
- alle abitudini alimentari;
- all'umore ed ai comportamenti;
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

Nel C.D.A.A./C.D.A.I. devono essere garantiti i seguenti interventi all'interno del Piano Assistenziale Individuale:

- valutazione geriatrica, con programmazione delle attività sanitarie, controllo periodico e gestione dei problemi cognitivi, comportamentali, funzionali e delle patologie intercorrenti;
- nursing orientato al mantenimento e stimolazione delle capacità residue;
- animazione orientata a favorire l'esercizio delle funzioni fisiche e psichiche (cognitive e affettive).

A causa della variabilità della evoluzione della malattia il programma terapeutico-assistenziale il P.A.I. deve essere individualizzato e periodicamente valutato. E' infatti attraverso tale strumento che si sancisce il passaggio da un servizio per prestazioni a quello per progetti e quindi da una assistenza eguale per tutti ad una assistenza individualizzata.

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al medico responsabile del C.D.A.A./C.D.A.I..

Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) assicura le prestazioni sanitarie previste dalla normativa convenzionale vigente.

Il Medico responsabile è tenuto a compilare la Cartella clinica per ogni utente del C.D.A.A./C.D.A.I., comunicando al M.M.G. le eventuali sostanziali modificazioni dello stato di salute con le possibili variazioni terapeutiche; altresì è responsabile dell'équipe multidisciplinare interna al Centro, tiene i contatti con i M.M.G., l'U.V.G. e l'U.V.A., se l'utente è seguito anche da quest'ultima unità di valutazione.

La Cartella clinica del C.D.A.A./C.D.A.I. è composta oltre che dalle scale di valutazione sopraccitate, anche da informazioni relative a:

- anamnesi personale e dei disturbi cognitivi;
- esame obiettivo e psicocomportamentale;
- valutazione funzionale;
- variazioni significative clinico-terapeutiche e comportamentali.

Il C.D.A.A./C.D.A.I., se gestito direttamente dalla Azienda Sanitaria Locale, può fornire prestazioni psicodiagnostiche e di riabilitazione cognitiva e motoria anche a soggetti esterni, con accesso sempre tramite l'U.V.G.; in tal caso occorre prevedere una maggiore presenza

settimanale delle figure professionali competenti con formazione specifica in base alle necessità.

## **6) ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE**

Occorre che ogni C.D.A.A./C.D.A.I. definisca protocolli per indicare ai propri operatori quale sia il modo migliore per assicurare una assistenza di qualità, con il massimo dell'appropriatezza e di beneficio per l'ospite, il minimo rischio e un buon uso delle risorse.

La direzione sanitaria viene garantita dal Direttore Sanitario della struttura in cui il C.D.A.I. è inserito.

Nel caso di C.D.A.A. la Direzione Sanitaria è garantita dal Medico responsabile.

Si rende altresì necessario che ogni C.D.A.A./C.D.A.I. definisca un programma di formazione, aggiornamento e sostegno motivazionale dei propri operatori, i cui contenuti devono essere tecnici, organizzativi, gestionali, etici, informati alla metodologia della valutazione e revisione della qualità.

Infine ogni C.D.A.A./C.D.A.I. deve predisporre una propria Carta dei Servizi ed un Regolamento.

### **c) Centri Diurni Integrati (C.D.I.) e Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.), per anziani parzialmente non autosufficienti**

Il Centro Diurno Integrato inserito in una RSA (C.D.I.) e il Centro Diurno Integrato Autonomo (C.D.I.A.) sono strutture semi residenziali che assistono anziani parzialmente non autosufficienti, attuando programmi riabilitativi e socializzanti mediante l'insieme combinato di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali; si differenziano dal Centro Diurno per anziani autosufficienti (C.D.) esclusivamente per le prestazioni sanitarie che vengono fornite.

La volontà di attivare il servizio di centro diurno sul territorio regionale deriva dalla necessità di riservare particolare attenzione alle situazioni che possono compromettere o aggravare la salute e l'autonomia degli anziani.

Gli obiettivi principali dei centri diurni sono:

- ✧ tutelare la salute e il benessere della persona anziana, al fine di mantenere e recuperare l'autonomia e favorirne il mantenimento nel proprio contesto abitativo, familiare e relazionale;
- ✧ fornire un supporto ai nuclei familiari che, pur subendo un forte condizionamento nel normale svolgimento della vita professionale e relazionale dovuto alla presenza di una persona anziana con bisogni assistenziali di una certa rilevanza, sono disponibili a mantenere il parente a domicilio e necessitano, pertanto, di appoggio significativo nelle ore diurne;
  
- ✧ migliorare e sviluppare le capacità residue degli anziani, stimolandone gli interessi per renderli il più possibile attivi e partecipi alla vita sociale.

## **1) Tipo di utenza**

Anziani parzialmente non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario che non possono più essere soddisfatte interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, ma per i quali risulta improprio o prematuro il ricovero in un servizio assistenziale residenziale.

## **2) Giorni ed orario di apertura**

Uno degli obiettivi prioritari a cui deve rispondere il centro diurno è fornire un supporto concreto ai nuclei familiari che mantengono al proprio domicilio un soggetto anziano con particolari esigenze assistenziali e che, nello stesso tempo, devono adempiere ad obblighi occupazionali e familiari.

Si deduce, pertanto, che un'adeguata risposta alle esigenze di tali nuclei è la previsione di apertura del centro:

- almeno 5 giorni alla settimana (con preferenza per 6 giorni)
- almeno 10 ore al giorno (preferibilmente dalle 8.00 alle 18.00), al fine di coprire il più possibile l'arco di orario lavorativo dei membri del nucleo familiare.

## **3) Personale**

Dal momento che il servizio erogato dal centro diurno è destinato a soggetti anziani parzialmente e non autosufficienti con necessità di carattere assistenziale, relazionale e sanitario e tenuto conto del numero massimo di soggetti previsto (20/25 utenti), si ritiene opportuno un organico minimo composto dalle seguenti figure professionali:

- 1 coordinatore almeno part-time con funzioni organizzative-manageriali e gestionali;
- almeno 2 addetti alla persona a tempo pieno;
- 1 infermiere professionale part-time;
- 1 animatore part-time.

Il progetto potrà prevedere anche altre figure professionali, in relazione alle attività che si intendono proporre.

## **4) Servizi offerti**

Le attività che si intendono realizzare nei centri diurni devono perseguire i seguenti obiettivi:

- ↪ mantenere e recuperare l'autonomia psicofisica dell'anziano, migliorandone e sviluppandone le capacità residue e stimolandone gli interessi per renderli il più possibile attivi e partecipi alla vita sociale;
- ↪ mobilitare e stimolare all'utilizzo le capacità specifiche di ogni ospite;
- ↪ individuare punti di riferimento per la persona che vive sola;
- ↪ monitorare la situazione sanitaria e sociale dell'ospite.

Devono essere previste le seguenti attività:

- a) servizio di assistenza tutelare alla persona
- b) servizio di vitto
- c) servizio di trasporto
- d) servizio di assistenza infermieristica
- e) attività di animazione
- f) attività di mobilitazione
- g) attività occupazionali
- h) cure estetiche e di igiene personale.

## FABBISOGNO

Viene confermata l'individuazione di fabbisogno di posti letto e posti in centro diurno di cui alla precedente deliberazione 38 -11189 del 6 aprile 2009, e precisamente:

- posti realizzabili di C.D.A.A./C.D.A.I. in una percentuale non superiore allo 0,10% della popolazione anziana ultrasessantacinquenne di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, in relazione ai posti esistenti e, in coerenza con gli obiettivi socio-sanitari definiti dagli strumenti di programmazione locale, nel rispetto di una omogenea distribuzione sui vari distretti sanitari;
- posti letto realizzabili di NAT in una percentuale non superiore allo 0,10% della popolazione anziana ultrasessantacinquenne di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, in relazione ai posti esistenti e, in coerenza con gli obiettivi socio-sanitari definiti dagli strumenti di programmazione locale, nel rispetto di una omogenea distribuzione sui vari distretti sanitari.

La verifica di compatibilità e l'autorizzazione alla realizzazione sono rilasciate sulla base delle percentuali suddette in relazione ai posti letto/posti diurni esistenti e di quelli oggetto di pareri già rilasciati, via via aggiornati a seguito dell'emissione delle verifiche positive, di ciascuna Azienda Sanitaria Locale. I dati così elaborati saranno riportati in una tabella che sarà recepita con determinazione dirigenziale e pubblicata integralmente sul BUR ogni sei mesi.

I N.A.T. di cui alla tabella 2 e i C.D.A. di cui alla tabella 3, già autorizzati o con parere 8 ter del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 positivo, possono mantenere i requisiti strutturali del regime definitivo, in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo o del parere 8 ter positivo, fermo restando l'obbligo di realizzare gli adeguamenti in materia di sicurezza previsti dal presente provvedimento.

## **Allegato 4**

# **LA FAMIGLIA, IL VOLONTARIATO, LA TUTELA DEI DIRITTI DEGLI UTENTI**

### **1) IL RUOLO DELLA FAMIGLIA**

Numerose ricerche hanno evidenziato l'importanza di mantenere un forte rapporto di relazione tra gli ospiti delle strutture socio-assistenziali ed i famigliari.

Non si tratta tuttavia di attribuire ai famigliari una mera funzione di sostegno affettivo né di considerarli unicamente come risorse assistenziali aggiuntive, che possono anche fornire al personale di assistenza stimoli a lavorare in modo più efficace e personalizzato .

E' stato infatti dimostrato che il modello di assistenza adottato nelle residenze per anziani è molto più valido ed efficace se si riesce ad evitare la separazione dal circuito di relazioni famigliari, all'interno del quale l'ospite può soddisfare fondamentali bisogni di attenzione, protezione, sicurezza ed appartenenza.

Ad esempio, la semplice presenza dei figli a fianco del genitore ricoverato assume una forte valenza terapeutica, in quanto rafforza il sentimento di continuare ad essere radicati in un contesto sociale che mantiene in vita la dimensione dello scambio con gli altri.

E', quindi, fondamentale che il personale di assistenza sia sensibilizzato sul valore terapeutico della presenza dei famigliari nel contesto istituzionale, evitando di considerarlo come una sorta di negativa interferenza e di confusione organizzativa.

In questo senso va ricordato che, per poter intervenire e collegarsi in modo produttivo con la famiglia, l'operatore deve considerarsi non solo come erogatore di prestazioni tecnicamente qualificate, ma soprattutto come un integratore e condizionatore di risorse.

Deve, pertanto, possedere, acquisendole anche attraverso la formazione, le competenze relazionali indispensabili per fornire rapporti e collegamenti tra l'anziano, la sua famiglia e tutte le figure professionali che operano nel contesto istituzionale.

A livello di concrete indicazioni operative, si riassumono alcuni obiettivi portanti di un programma rivolto a rafforzare l'integrazione delle famiglie con le strutture e, in particolare, con il personale di assistenza. E', quindi, importante che le famiglie sappiano esattamente a chi rivolgersi per ciascun aspetto assistenziale (ad es., al medico per gli aspetti sanitari; ad una figura identificata per gli aspetti gestionali, vitto, alimentazione, ecc.).

E', altresì, importante evitare l'isolamento tra l'anziano ed il mondo che lo circonda, sviluppando un'attività interdisciplinare che coinvolga diverse figure professionali: medico di base, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere professionale, ADEST/OSS.

L'impegno deve essere sostanzialmente rivolto a:

- facilitare la collaborazione tra famiglia e personale di assistenza;
- fornire un supporto alla famiglia durante la prima fase del ricovero;
- sviluppare le capacità delle famiglie a gestire le relazioni con i propri parenti anziani;
- migliorare la comunicazione, anche attraverso nuovi canali, tra personale e famigliari.

L'obiettivo è quello di creare un approccio integrato in cui, accanto alle prestazioni assistenziali dispensate dalla struttura, si affianca, in modo complementare, la partecipazione attiva ed affettiva dei familiari con notevoli benefici non solo sull'equilibrio psico-affettivo degli ospiti, ma anche su quello fisico, con specifico riferimento al sistema immunitario.

## **2) IL RUOLO DEL VOLONTARIATO**

I volontari supportano, ma non concorrono al raggiungimento dei requisiti prestazionali minimi, la realizzazione dei progetti assistenziali e/o l'attività generale della struttura.

Le organizzazioni di volontariato sono caratterizzate nel loro agire dalla logica della gratuità e della solidarietà nei confronti dei soggetti esterni all'organizzazione.

Operano prevalentemente con i propri soci, che non possono essere retribuiti, ma semplicemente rimborsati secondo spese documentate.

Il volontariato inoltre, quale presenza esterna/interna può svolgere un ruolo di cerniera e contatto col mondo esterno, contribuendo a far sentire gli ospiti ancora partecipi della realtà che li circonda.

La presenza stabile e continua di un'organizzazione di volontariato in una struttura pubblica è regolata da una convenzione. In ogni caso il rapporto va definito mediante la sottoscrizione di un accordo sia in caso di struttura pubblica sia privata.

Può essere riconosciuto e incentivato anche il volontariato singolo, con gli stessi requisiti di gratuità previsti per quello organizzato. Anche in questo caso è opportuno regolare l'accesso del volontario nella struttura definendo un'apposita convenzione.

In questo caso il loro coinvolgimento nella struttura riguarda esclusivamente attività relazionali, di sostegno, promozione e supporto all'autonomia degli ospiti e si caratterizza principalmente nei seguenti interventi:

- Tutela e promozione dei diritti;
- Intrattenimento e supporto all'attività animatoria;
- Ascolto e conforto (servizi relazionali).

## **3) I RAPPORTI FRA L'OSPITE E LA STRUTTURA.**

I rapporti tra l'ospite e la struttura sono regolati attraverso il regolamento della struttura (Allegato 5) e della carta dei servizi, strumenti di comunicazione e trasparenza, obbligatori il primo ai fini dell'autorizzazione, il secondo al fine dell'accreditamento.

La struttura dovrà, oltre a predisporli coerentemente con tutti i servizi che vengono offerti all'ospite, aver cura di esporli al pubblico, all'ingresso della struttura, e di distribuirli agli interessati.

### **3.1) La Carta dei servizi**

La carta dei servizi rappresenta uno strumento rilevante per la tutela dei diritti degli utenti, a

garanzia di una corretta informazione sulle prestazioni erogate e sulle possibilità di accesso alle stesse.

Attraverso la carta vengono indicate le modalità attraverso le quali si persegue l'obiettivo del costante e progressivo miglioramento della qualità dei servizi.

La carta dei servizi è condizione essenziale per l'accreditamento delle strutture, come previsto dalla vigente normativa nazionale e regionale.

#### **4) DECALOGO DEI DIRITTI DEGLI OSPITI**

- a. Diritto alla vita – ogni persona deve ricevere la tempestiva, necessaria e appropriata assistenza per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali per la vita;
- b. Diritto di cura ed assistenza – ogni persona deve essere curata in scienza e coscienza e nel rispetto delle sue volontà;
- c. Diritto di prevenzione – ad ogni persona deve essere assicurato ogni strumento atto a prevenire rischi e/o danni alla salute e/o alla sua autonomia;
- d. Diritto di protezione – ogni persona in condizioni di bisogno deve essere difesa da speculazioni e raggiri;
- e. Diritto di parola e di ascolto – ogni persona deve essere ascoltata e le sue richieste soddisfatte nel limite del possibile;
- f. Diritto di informazione – ogni persona deve essere informata sulle procedure e le motivazioni che sostengono gli interventi a cui viene sottoposta;
- g. Diritto di partecipazione – ogni persona deve essere coinvolta sulle decisioni che la riguardano;
- h. Diritto di espressione – ogni persona deve essere considerata come individuo portatore di idee e valori ed ha il diritto di esprimere le proprie opinioni;
- i. Diritto di critica – ogni persona può dichiarare liberamente il suo pensiero e le sue valutazioni sulle attività e disposizioni che la riguardano;
- j. Diritto al rispetto ed al pudore – ogni persona deve essere chiamata con il proprio nome e cognome e deve essere rispettata la sua riservatezza ed il suo senso del pudore;
- k. Diritto di riservatezza – ogni persona ha diritto al rispetto del segreto su notizie personali da parte di chi eroga direttamente o indirettamente l'assistenza ;
- l. Diritto di pensiero e di religione – ogni persona deve poter esplicitare le sue convinzioni filosofiche, sociali e politiche nonché praticare la propria confessione religiosa.



## **Allegato 5**

### **LINEE GUIDA PER IL REGOLAMENTO DI STRUTTURA SOCIO-SANITARIA PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

Il Regolamento di struttura, redatto in coerenza con le linee guida di cui al presente provvedimento, costituisce lo strumento fondamentale per definire e rendere trasparenti i rapporti ed i reciproci diritti/doveri fra le strutture residenziali socio-sanitarie e gli Utenti, i loro Familiari e/o chi li rappresenta.

Il Regolamento di struttura deve obbligatoriamente contenere e/o disciplinare gli aspetti di seguito elencati.

#### **1. TIPOLOGIA E FINALITA' DELLA STRUTTURA**

- 1.1 Indicare gli estremi dell'Autorizzazione rilasciato dalla competente A.S.L. o dal Comune di Torino, specificando la tipologia di posti letto e l'articolazione per nuclei;
- 1.2 Modello organizzativo;
- 1.3 Fasce assistenziali offerte (come da Tabella 1);
- 1.4 Indicare gli estremi dell'eventuale provvedimento di Accredimento ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14.9.2009;
- 1.5 Eventuale dichiarazione dell'applicazione della quota socio-sanitaria differenziata, indicante l'importo (o gli importi) e i servizi alberghieri aggiuntivi che danno origine alla differenziazione tariffaria. (come da Allegato 1, punto 7)

#### **2. DECALOGO DEI DIRITTI DEGLI OSPITI (come da Allegato 4)**

#### **3. MODALITA' DI AMMISSIONE E DI DIMISSIONE**

- 3.1 Recepimento dell'eventuale documentazione predisposta dall'U.V.G. e tempistica per la predisposizione del P.A.I.;
- 3.2 Rilascio della documentazione in caso di trasferimento, allontanamento, decesso della persona ospitata.

#### **4. SERVIZI E PRESTAZIONI E RELATIVE MODALITA' DI EROGAZIONE**

- 4.1 Assistenza medica (garantita dai MMG sulla base delle disposizioni vigenti; l'orario di effettiva presenza settimanale deve essere stabilito e opportunamente pubblicizzato);
- 4.2 Assistenza infermieristica (le prestazioni comprendono oltre alle normali prestazioni di routine terapia iniettiva, fleboclisi, prelievi, etc, il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni e delle cadute, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti);
- 4.3 Attività di riabilitazione (include le seguenti prestazioni: programmi individuali di riabilitazione e mantenimento; altre attività integrate erogate all'interno della struttura per gruppi di ospiti e tenendo conto del PAI; rieducazione dell'ospite allo svolgimento delle comuni attività quotidiane nonché rieducazione psico-sociale, effettuata attraverso il supporto psicologico);
- 4.4 Attività di assistenza alla persona (comprende ausilio allo svolgimento delle funzioni della

vita quotidiana, igiene personale, pulizia e riordino degli ambienti di vita privata (letto, comodino) dell'ospite, nonché l'attività di imboccamento degli ospiti non in grado di provvedere autonomamente);

#### 4.5 Attività di animazione .

### **5. ALTRE PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA QUOTA SANITARIA**

- 5.1 Assistenza specialistica, farmaceutica e protesica nonché ogni altra prestazione diagnosticoterapeutica, sono garantite dall'ASL secondo le necessità definite nel PAI;
- 5.2 Farmaci: indicare le modalità di erogazione; le strutture sono tenute a rendicontare mensilmente all'utente ed all'ente gestore delle funzioni socio assistenziali di competenza il costo sostenuto per la somministrazione dei farmaci non esenti – fascia C – e non forniti direttamente dal S.S.R., allegando fotocopia della ricetta medica nominativa e relativi scontrini fiscali in originale. Le tipologie di farmaci di fascia C ricompresi nel Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) e destinati agli anziani non autosufficienti assistiti in regime residenziale, sono erogati direttamente dall'ASL e non sono soggetti a rimborso a carico dell'utente.
- 5.3 Pannoloni: rientrano tra i presidi forniti dal S.S.R. nella quantità giornaliera indicata dal medico di fiducia dell'utente. Una corretta applicazione dei protocolli riguardanti l'incontinenza ed uno scrupoloso monitoraggio giornaliero potranno consentire di richiedere l'adeguamento della fornitura alle reali esigenze dei singoli ospiti secondo quanto precisato nel Contratto di servizio stipulato dalla struttura con l'A.S.L. ed il Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali.
- 5.4 Per la fornitura di protesi, presidi tecnici, ausili e materiale sanitario, si fa riferimento al succitato Contratto di servizio.
- 5.5 Trasporti: i trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale, sono garantiti dall'ASL per gli utenti in convenzione con integrazione tariffaria da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali e a carico dell'utente per gli ospiti in regime privato o con posto letto convenzionato con il S.S.R. ma senza integrazione da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali; le altre spese per i trasporti da e per l'ospedale e/o strutture sanitarie o socio-sanitarie (esclusi quelli garantiti dall'ASL e dall'emergenza 118) sono ricomprese nella tariffa giornaliera.

### **6. PRESTAZIONI DI NATURA ALBERGHIERA**

- 6.1 Vitto (la somministrazione dei pasti deve anche essere garantita a letto dell'ospite; il servizio di ristorazione deve essere effettuato sulla base di tabelle dietetiche e nutrizionali prestabilite e approvate dal competente Servizio dell'ASL).
- 6.2 Lavanderia e stireria della biancheria piana e della biancheria personale degli ospiti.
- 6.3 Servizio di parrucchiere, barbiere nei giorni e negli orari esposti, per un numero di prestazioni mensili prestabilite; il servizio di parrucchiere include le attività connesse con l'igiene personale: lavaggio e, asciugatura (almeno una volta alla settimana) e il taglio (almeno ogni mese).
- 6.4 Pulizia (le pulizie, di norma, devono essere effettuate nella mattinata).

I servizi e le prestazioni di cui sopra sono ricompresi nella tariffa globale giornaliera; le strutture

non possono richiedere somme aggiuntive alla retta a carico dell'ospite.

## **7. ALTRE ATTIVITA' ALBERGHIERE E/O DI SERVIZIO ALLA PERSONA NON INCLUSE NELLA TARIFFA RESIDENZIALE E PERTANTO A TOTALE CARICO DELL'UTENTE**

La struttura residenziale socio-sanitaria accreditata con sistema il pubblico può offrire ed erogare prestazioni a favore degli ospiti inseriti dal sistema stesso, aggiuntive ed ulteriori rispetto a quelle previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) o dai requisiti richiesti per l'accreditamento.

Tali prestazioni possono essere:

- a) espressamente richieste dell'Utente, senza alcun obbligo in capo alla struttura ospitante;
- b) offerte da parte della struttura, senza alcun obbligo da parte dell'utente.

Le prestazioni/attività di cui al punto b) possono essere erogate in coerenza con i seguenti principi desunti dal vigente quadro normativo:

- a) afferiscono all'ambito del rapporto privatistico che si viene a creare fra la l'Utente e la struttura ospitante, nell'erogazione di prestazioni ulteriori rispetto ai L.E.A.;
- b) deve essere garantita in capo all'Utente la libertà di scegliere se usufruirne o meno;
- c) devono essere riferibili alla singola persona e non alla generalità degli ospiti;
- d) si collocano nell'ambito delle prestazioni alberghiere e/o di servizio alla persona.

Al fine di consentire l'espletamento della funzione di tutela dell'Utente, i costi giornalieri dei servizi e prestazioni supplementari devono essere presentati, a richiesta, alla competente Commissione di vigilanza dell'A.S.L ed all'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali, di residenza dell'Utente, qualora integri la retta, al fine di rendere trasparenti i costi dovuti per ogni singolo supplemento. La descrizione e il costo mensile di ogni singolo supplemento deve essere indicato nella fattura/ricevuta fiscale mensile che viene rilasciata all'Utente.

Nelle prestazioni del presente paragrafo non sono da considerarsi quelle previste dal punto 7 dell'Allegato 1, che valgono per tutta la struttura o nuclei individuati e per tutti gli utenti ivi ospitati.

## **8. SERVIZI AGGIUNTIVI**

Indicazione dei servizi aggiuntivi, di cui al punto 7 dell'Allegato 1 al presente provvedimento, dei nuclei dove gli stessi vengono forniti e dove si applica la "quota aggiuntiva" comunicata all'ASL di competenza territoriale, per i soli utenti senza integrazione dell'Ente Gestori delle funzioni socio assistenziali o in regime privato.

## **9. ATTIVITA' QUOTIDIANE E ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA**

Descrizione della giornata tipo all'interno della struttura.

Indicazione delle modalità per l'uscita ed il rientro in struttura.

Norme di vita comunitaria.

## **10. ASSEGNAZIONE DELLE CAMERE**

Modalità di assegnazione delle camere.

Spostamenti.

Camera singola (con l'indicazione dell'eventuale supplemento).

## **11. ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE: FIGURE PROFESSIONALI E COMPITI E TURNI**

All'ingresso della struttura deve essere affisso l'organigramma di tutto il personale e l'orario di servizio settimanale degli operatori e delle varie figure professionali presenti in struttura.

## **12. ACCESSO FAMILIARI E VISITATORI**

- 12.1 Indicazione dell'orario di accesso alla struttura che, comunque, non può essere inferiore ad 8 ore quotidiane.
- 12.2 Indicazione delle eventuali modalità per consumare il pasto in struttura da parte di parenti/conoscenti degli ospiti.
- 12.3 Indicazione delle modalità di accesso alla struttura fuori dall'orario previsto.
- 12.4 Eventuali avvalimenti di persone, estranee all'organizzazione della struttura, per compagnia dell'ospite, vanno preventivamente concordati con la Direzione della struttura. In ogni caso, la struttura è totalmente estranea a qualsiasi rapporto con la persona che è chiamata a prestare compagnia all'ospite.
- 12.5 Definizione delle modalità per l'individuazione delle associazioni di tutela e la nomina dei rappresentanti degli ospiti della struttura.

## **13 ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, SERVIZIO CIVILE E ALTRE COLLABORAZIONI**

Indicazione dell'associazione, dell'orario di presenza dei volontari, indicazione delle attività svolte.

## **14. MODALITÀ DI PAGAMENTO E TARIFFA**

- 14.1 Modalità di pagamento tenendo conto della diversa tipologia di ospiti:
  - ospiti in convenzione senza integrazione retta da parte dei servizi socio-assistenziali (ed eventuale quota socio-assistenziale differenziata);
  - ospiti in convenzione con integrazione retta da parte dei servizi socio-assistenziali;
  - ospiti in forma privata.
- 14.2 Descrizione delle modalità e dei tempi di mantenimento del posto in caso di ricovero ospedaliero, trasferimento in altra struttura, dimissioni, eventuali rientri in famiglia, nonché decesso (in caso di decesso indicare che la struttura provvederà a custodire gli effetti della persona deceduta in un locale deposito e la retta giornaliera stabilita, con la riduzione percentuale che sarà prevista sarà dovuta per un massimo di tre giorni dopo il decesso), nel

rispetto, in ogni caso, di quanto indicato nel Contratto di cui alla D.G.R. n. 44-12758 del 7.12.2009.

## **15. DOCUMENTAZIONE E TUTELA DELLA PRIVACY**

15.1 Amministrativa

15.2 Sanitaria

15.3 Assistenziale

## **16. INDICAZIONE DEGLI UFFICI E RELATIVE MODALITA' DI ORARIO E DI ACCESSO**

Indicazione dei referenti dei servizi sanitari, infermieristici, assistenziali, alberghieri, amministrativi a cui l'utente può rivolgersi per eventuali necessità o segnalazioni.

Indicazione circa l'esposizione in locale interno alla struttura, accessibile al pubblico, del contratto di servizio di cui alla D.G.R. 44-12758 del 7.12.2009.

## **17. CAUZIONE**

L'eventuale cauzione non potrà superare l'importo mensile della retta a carico dell'utente. La cauzione è fruttifera e verrà restituita entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui viene lasciato il posto occupato. Per le persone con retta integrata da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali non può essere richiesta cauzione.

# Allegato 6

## UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)

### **DEFINIZIONE**

L'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.) rappresenta l'elemento centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti agli anziani ed è altresì uno degli strumenti finalizzati a realizzare l'integrazione tra i servizi Sociali e Sanitari.

L'U.V.G. è un'equipe multidisciplinare, strumento per la valutazione globale e la definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità socio-sanitaria; deve quindi inserirsi precocemente nel percorso degli anziani all'interno dei Servizi al fine di raggiungere coloro che hanno un bisogno sanitario e sociale ancora relativamente basso. Gli anziani che traggono maggiore beneficio dagli interventi condotti dall'U.V.G sono quelli a rischio di istituzionalizzazione, con condizioni socio-economiche sfavorevoli e con problematiche sanitarie più o meno complesse. La valutazione deve essere seguita dalla predisposizione del progetto d'intervento e dal suo monitoraggio.

Da molteplici studi controllati risulta l'efficacia di un sistema strutturato di valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni dell'anziano finalizzata alla riduzione della disabilità, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri ed in struttura sanitaria e socio-sanitaria, della mortalità nonché alla razionalizzazione dei consumi dei farmaci e della spesa sanitaria nel suo complesso.

Il suo ambito di intervento coincide con l'ASL e la sua operatività è organizzata con riferimento agli ambiti distrettuali o multidistrettuale (comunque con un bacino di popolazione di competenza non superiore ai 120.000 ab).

I suoi componenti variano in relazione all'organizzazione territoriale dei servizi sanitari e sociali e i componenti dipendenti dell'A.S.L. svolgono la funzione quale specifica ed essenziale tra le proprie mansioni.

L'U.V.G. costituisce un'articolazione della macrostruttura territoriale che l'Azienda Sanitaria ha individuato per aggregare tutte le strutture aziendali competenti all'erogazione, in via diretta o attraverso soggetti della rete pubblica o privata accreditata, delle attività socio-sanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti.

### **FUNZIONI DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA**

Le funzioni dell'U.V.G. sono le seguenti:

- individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle

persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;

- predisporre il Progetto individuale e, qualora sia previsto l'inserimento in una struttura residenziale, identificare la fascia d'intensità assistenziale ed il livello prestazionale adeguato;
- predisporre la documentazione necessaria per l'eventuale integrazione della retta da parte del Comune o Ente gestore socio-assistenziale competente;
- monitorare la realizzazione e l'andamento dei Progetti individuali realizzando una valutazione a campione per assicurare la corrispondenza tra gli specifici bisogni della persona non autosufficiente e l'intensità assistenziale erogata;
- fornire consulenza tecnico-scientifica per la programmazione dei servizi a favore degli anziani;
- collaborare con le Unità di Valutazione delle altre A.S.L.;
- su richiesta della Commissione di Vigilanza e/o dei NAS, effettuare valutazioni volte a definire l'eventuale non autosufficienza degli anziani ospiti di strutture.

L'U.V.G. può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie dementiche e/o esiti invalidanti di patologie cerebrali o di gravi traumi, in accordo con le altre Unità Valutative operanti nel territorio, con cui definisce allo scopo protocolli di intesa e collaborazione.

I disabili e i pazienti affetti da patologie psichiatriche, dal compimento dei 65 anni d'età potranno essere segnalati dai Servizi e o Commissioni, che li hanno in carico, all'UVG. L'eventuale presa in carico avverrà dopo valutazione delle caratteristiche clinico assistenziali della persona, fermo restando che, per tali soggetti, verranno applicate le stesse modalità, ai sensi della normativa regionale di riferimento, previste per la popolazione anziana. Nel caso in cui le condizioni clinico assistenziali individuino un profilo di cura non assimilabile all'anziano non autosufficiente la persona resta in carico al Servizio proponente

## **COMPOSIZIONE**

Per quanto riguarda la composizione dell'équipe devono essere previste le seguenti figure professionali:

- ✧ un medico geriatra con funzione di presidente o, ove non disponibile, un medico con comprovata esperienza geriatrica;
- ✧ un medico dell'assistenza sanitaria territoriale con comprovata esperienza dell'organizzazione dei servizi territoriali;
- ✧ un medico fisiatra;
- ✧ un assistente sociale, rappresentante dell'Ente gestore dei Servizi Sociali;
- ✧ un assistente sociale dell'Azienda Sanitaria;
- ✧ un infermiere professionale, preferibilmente rappresentante del Servizio Cure Domiciliari;

✧ un segretario (ruolo amministrativo).

Il Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito da valutare, su richiesta di quest'ultimo, può partecipare ai lavori; nel caso in cui sia presente in commissione, ne diventa membro effettivo per l'esame di quel singolo caso.

Il Segretario partecipa alle riunioni dell'U.V.G., cura la tenuta della documentazione relativa alle pratiche discusse nelle riunioni dell'U.V.G. e provvede a stilare una graduatoria in base al punteggio assegnato dall'U.V.G., aggiornandola di volta in volta.

L'U.V.G. può avvalersi inoltre della consulenza di medici specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale (compresi i medici della Medicina Legale secondo quanto previsto dalla D.G.R. 30-11748 del 16 febbraio 2004 e s.m.i.) dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera. Si avvale altresì della consulenza degli psicologi dell'A.S.L. o dell'A.S.O., nel caso in cui l'attività riabilitativa prevista nel progetto individuale richieda specificamente un supporto psicologico.

In sede di valutazione l'utente o chi ne fa le veci può richiedere la presenza di un medico di propria fiducia.

### **MODALITA' DI SVOLGIMENTO:**

Il processo di valutazione si sviluppa attraverso:

- 1) l'indagine sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali dell'anziano, con particolare attenzione all'individuazione dei requisiti per la realizzazione di un Progetto individuale;
- 2) la valutazione complessiva e la definizione del percorso assistenziale concordato con il beneficiario e/o con la sua famiglia.

L'U.V.G., prima di procedere alla valutazione complessiva, si reca al domicilio o in struttura. La data e la sede della convocazione vengono comunicate almeno 10 gg. prima, salvo differente accordo con il richiedente. Nel caso in cui la convocazione sia effettuata per via telefonica deve essere registrato sulla richiesta di valutazione il giorno in cui è stata comunicata la data della visita e il nominativo di chi ha ricevuto la comunicazione..

Lo strumento adottato per la valutazione è la Cartella Geriatrica, di cui alla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 e alla D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010 contenente:

- a) le Scale sanitarie di Valutazione Multi Dimensionale (Indice di Barthel, IADL, A.Di.Co, DMI, SPMSQ) attraverso le quali si quantifica il grado di salute ed autosufficienza del soggetto, fino ad un punteggio massimo pari a 14;
- b) la Scheda di Valutazione Sociale attraverso la quale si analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale e assistenziale dell'anziano anche in relazione alla



sua famiglia, fino ad un punteggio massimo pari a 14.

E' opportuno che l'indagine sociale e sanitaria venga svolta in modo congiunto. Qualora per motivi di ordine pratico ciò non fosse possibile gli operatori sociali e sanitari possono effettuarla separatamente, ciascuno per quanto di competenza, ma le risultanze debbono essere oggetto di confronto prima della seduta dell'U.V.G..

Visti i bisogni e gli obiettivi definiti, ciascun progetto individuale, qualora predisposto per un inserimento residenziale, deve afferire ad una delle fasce assistenziali di cui alla Tabella 1 e deve contenere l'indicazione dei tempi per la verifica e/o la rivalutazione del medesimo.

Per facilitare il raggiungimento dell'attuazione di quanto sopra previsto è indispensabile l'informatizzazione di tutte le attività socio-sanitarie espletate nella rete integrata dei servizi aziendali.

### **MODALITA' DI RICHIESTA**

La richiesta di valutazione deve essere inoltrata su apposito modulo (allegato alla Cartella Geriatrica), dall'interessato o da chi per esso direttamente alla Segreteria dell'U.V.G. dell'ASL di residenza, che provvederà a protocollare la domanda in arrivo (data di arrivo ufficiale della domanda) e, su indicazione del Presidente, ad attivare le procedure per l'indagine socio-sanitaria, considerando il precedente percorso della persona.

Il Medico di Medicina Generale, gli operatori del servizio di cure domiciliari o dei servizi sociali potranno fornire le indicazioni necessarie all'inoltro della domanda, la quale si intende completa solo se corredata dalla documentazione richiesta.

Qualora la persona sia domiciliata o temporaneamente ricoverata fuori dal territorio dell'ASL nella quale ha la residenza, l'U.V.G. competente può richiedere per iscritto l'effettuazione della valutazione per rogatoria da parte dell'U.V.G. dell'ASL nel cui territorio il paziente è domiciliato.

### **SELEZIONE E ATTIVAZIONE**

Qualora le risorse previste dal Progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili, la presa in carico è messa in atto mediante la proposta di interventi alternativi, impiegando le risorse disponibili nell'ambito della rete complessiva dei servizi per anziani non autosufficienti.

La segreteria dell'U.V.G. provvede alla compilazione di graduatorie, distinte per tipologie di Progetti individuali, mediante l'attribuzione ad ogni richiedente di un punteggio derivante dalla somma della valutazione sociale e sanitaria, secondo le modalità indicate dall'apposito provvedimento regionale, D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 e s.m.i.:

- sanitaria (fino ad un massimo di 14 punti)
- sociale (fino ad un massimo di 14 punti)

In caso di pari punteggio si terrà conto dell'ordine cronologico della richiesta di valutazione.

Le graduatorie devono essere aggiornate sulla base dell'inserimento nelle liste d'attesa dei nuovi valutati, sulla base degli avvenuti inserimenti, dei decessi, delle dimissioni/trasferimenti e delle rivalutazioni effettuate in seguito alle variazioni delle condizioni sanitarie e/o sociali.

Il sistema di cui sopra, valido per la quasi totalità dei casi, non può non tenere conto di situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali, che andranno definiti nell'ambito dei lavori della U.V.G., dal momento che possono variare a seconda delle problematiche di ciascun territorio. In queste situazioni il Presidente può assumere un provvedimento, dandone comunicazione nella prima seduta della medesima.

## **REGOLAMENTO**

Le decisioni sono assunte in sede di U.V.G.; la seduta di quest'ultima è valida quando sono presenti almeno 3 componenti, tra cui l'assistente sociale dell'Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali, escluso il segretario.

I componenti dell'U.V.G. possono essere sostituiti da figure professionali con competenze analoghe individuate in sede di nomina dei componenti effettivi. L'eventuale delegato del Presidente ne assume le funzioni. La delega non si intende permanente, ma si esercita per impedimento o assenza del titolare.

L'esito della valutazione viene comunicato al richiedente per iscritto, tramite posta, entro 90 giorni dalla data di protocollo della domanda completa. Nella comunicazione devono essere assolutamente indicati: la data di valutazione, la tipologia di progetto assistenziale identificato (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), l'intensità assistenziale assegnata (domiciliare, residenziale), il punteggio dato dalla valutazione sociale e sanitaria, nonché il punteggio complessivo delle due valutazioni summenzionate.

Per particolari situazioni necessitanti di ulteriori approfondimenti si sospende temporaneamente la decisione, dandone comunicazione per iscritto al richiedente. Dalla data di tale comunicazione decorrono nuovamente i suddetti termini.

Tabella 1	Livelli assistenziali				
I requisiti indicati nella presente tabella, unitamente a quelli individuati dalla DGR 25-12129 del 14 settembre 2009, sono i parametri essenziali ai fini dell'accreditamento e del conseguente accordo contrattuale					
<b>Modello organizzativo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria per anziani non autosufficienti</b>					
Fasce assistenziali (intensità prestazioni erogate)	Livelli di complessità assistenziale				
	Standard ass.li (riferimento: <u>strutture in regime definitivo 72 p.l.complessivi, con nuclei 20 p.l. + 4 p.a.</u> ) <sup>(3)</sup>				
	Tipologia di utenza <sup>(3)</sup>	Tipologia progetto e bisogno <sup>(2)</sup>	Parametri ass.li di tipo sanitari (minuti/giorno/ut.) (1)	Parametri ass.li di tipo tutelare (minuti/giorno/ut.) (1)	Assistenza specialistica
<b>Alzheimer e altre demenze (N.A.T.)</b>	Demenze di grado elevato con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche; gravi disturbi comportamentali e/o problemi sanitari/assistenziali di elevata complessità che necessitano di un intervento socio-riabilitativo intensivo.	Progetto a tempo definito, previa diagnosi di demenza accertata, sulla base di valutazioni clinico-assistenziali relative alla severità dei disturbi comportamentali. Progetto soggetto a revisione bimestrale o a cadenza diversa, sulla base di quanto stabilito dall'U.V.G..	<b>39'</b> (Assistenza infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>210'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>Alta Livello Incrementato (punteggio 12)</b>	Non-autosufficienza di alto grado con necessità assistenziali e sanitarie elevate (ad es. condizioni cliniche instabili e/o frequenti ricattizzazioni, decubiti di stadio >=3). Demenza con alterazioni comportamentali limitate a tentativi di fuga con necessità di alta sorveglianza o di ambiente protetto. Alimentazione enterale (PEG)	Frequente intervento medico, bisogno infermieristico di grado elevato, interventi specialistici per patologie scompensate. Rivalutazione del progetto in funzione della stabilizzazione del quadro clinic e comunque secondo la tempistica definita dal progetto predisposto U.V.G..	<b>46'</b> (Ass.infermieristica, riabilitazione psico-fisica: in base alle specif.necessità, da individuarsi nel progetto individuale)	<b>134'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>Alta (punteggio 10/11)</b>	Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni; deficit cognitivo di grado variabile (anche di grado severo), associati o meno ad alterazioni comportamentali anche di grado elevato (A.Di.Co 2), tranne che per tentativi di fuga e problematiche richiedenti ricovero in nucleo protetto. Decubiti fino allo stadio 3. Alimentazione enterale (PEG).	Bisogni sanitari di medio/alta complessità associati a bisogni assistenziali di alta intensità	<b>30'</b> (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>120'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>Medio-alta (punteggio 9)</b>	Patologie cronico degenerative con compromissione dell'autonomia di grado medio, associate o meno a deficit cognitivi e alterazioni comportamentali di grado lieve/moderato (< 2 all'A.Di.Co). In tale fascia assistenziale possono essere ricompresi quei pazienti con bisogni assistenziali analoghi a quelli sopra indicati ma che necessitano di interventi sanitari e assistenziali di livello meno elevato. Alimentazione enterale (PEG).	Marcata necessità di assistenza nelle attività di vita quotidiana per deficit motori o cognitivi senza rilevanti disturbi del comportamento. Necessità di programmi di attività fisica mirata/riattivazione motoria, volti a mantenere le capacità residue in pazienti con esiti stabilizzati di patologie invalidanti (ad es.: ictus, frattura di femore, ecc).	<b>25'</b> (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>105'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>Media (punteggio 7/8)</b>	Polipatologie a carattere cronico-degenerativo, moderatamente stabili da un punto di vista clinico, associate a deficit di autonomia funzionale di grado medio e a un eventuale deterioramento cognitivo di grado variabile con lievi disturbi del comportamento (< 2 all'A.Di.Co).	Bisogni sanitari di moderata complessità e bisogni assistenziali di media intensità.	<b>18'</b> (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>87'</b> (Assistenza tutelare)	Garantita dall'A.S.L., secondo le necessità cliniche individuate nel progetto individuale. Nel N.A.T. integrata dal Medico Responsabile e Psicologo come specificato nell'allegato 3
<b>Medio-bassa (punteggio 6)</b>	Modesta perdita dell'autonomia nella deambulazione e/o nell'uso degli ausili; modesta compromissione cognitiva (stati di confusione, irrequietezza) senza disturbi comportamentali. Limitazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, per le quali sono richiesti interventi assistenziali di supporto e di stimolo e protezione, finalizzati precipuamente a conservare le capacità funzionali residue (2 al DMI).	Supporto nelle attività della vita quotidiana compromesse, tentativo di recupero e prevenzione dell'ulteriore perdita di autosufficienza. Intervento sanitario finalizzato alla gestione delle patologie croniche.	<b>13'</b> (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>82'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>Bassa (punteggio 5)</b>	Parziale perdita di autonomia funzionale e/o motoria, con declino cognitivo lieve (>=1 al DMI).	Progetto individuale volto alla supervisione nelle attività di base della vita quotidiana per il mantenimento dell'autonomia funzionale residua e prevenzione del declino funzionale-cognitivo.	<b>8'</b> (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>72'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>C.D.I. - C.D.I.A. capienza 20 utenti (apertura minima 5 gg sett/10 ore die)</b>	Anziani parzialmente non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario che non possono più essere soddisfatte interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, ma per i quali risulta improprio o prematuro il ricovero in un servizio assistenziale residenziale.	Tutela della salute e del benessere della persona anziana, al fine di mantenere e recuperare l'autonomia e favorirne il mantenimento nel proprio contesto abitativo, familiare e relazionale. Migliorare e sviluppare le capacità residue degli anziani, stimolandone gli interessi per renderli il più possibile attivi e partecipi alla vita sociale.	<b>22'</b> (Coordinamento e Ass. Infermieristica)	<b>54'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>C.D.A.A./C.D.A.I. - capienza 20 utenti (previsione d'apertura 8 ore/die)</b>	Soggetti affetti da morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, con diagnosi accertata	Miglioramento della qualità della vita della persona e dei suoi famigliari, con le conseguente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.	<b>3'</b> Medico responsabile <b>2'</b> Psicologo <b>28'</b> (Ass.infermieristica - riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	<b>82'</b> (Assistenza tutelare)	
<b>Attività di animazione:</b> viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale o altre figure professionali dell'area della riabilitazione e/o altre specializzazioni (es. musicoterapia, teatroterapia, ecc.) che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi assistenziali prefissati nei progetti assistenziali, per un totale complessivo di 18 ore settimanali e deve essere calibrata sulle peculiarità della fascia di intensità.					
(1) I parametri assistenziali indicati sono da considerare come standard minimo da garantire complessivamente e vengono articolati nell'ambito del P.A.I., in relazione agli specifici e diversificati bisogni delle singole persone.					
(2) Il percorso di continuità assistenziale deve far riferimento alle fasce assistenziali residenziali indicate a partire dalla media intensità e superiori e le tariffe a carico dell'utente si applicano secondo le indicazioni riportate nell'Allegato 1 del presente provvedimento.					
(3) La PEG può essere gestita nell'ambito della fascia medio-alta e superiori.					

Tab. 2 - Elenco dei NUCLEI RESIDENZIALI ALZHEIMER attivi

Tabella 2

**Elenco dei Nuclei Residenziali Alzheimer attivi**

ASL	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	POSTI LETTO
TO 1	CONVITTO PRINCIPESSA F. DI SAVOIA	VIA PRINC. FELICITA DI SAVOIA 8/11	TORINO	TO	11
	PRESIDIO VALLETTA	VIA FARINELLI 25	TORINO	TO	13
	RSA SPALATO	VIA SPALATO 14	TORINO	TO	26
TO 2	LE TERRAZZE	CORSO TOSCANA 204	TORINO	TO	10
	SENIOR RESIDENCE	VIA SERVAIS 80	TORINO	TO	10
	VILLA ANNA MARIA	VIA PARMA 70/LUNGO DORA FIRENZE 119	TORINO	TO	20
TO 3	RIFUGIO RE CARLO ALBERTO	LOC. MUSSET 1	LUSERNA S.GIOVANNI	TO	26
TO 4	RESIDENZE ANNI AZZURRI	VIA BERTETTI 22	VOLPIANO	TO	16
	RSA AZIENDALE	VIA MEZZALUNA 55	SAN MAURO	TO	20
	RSA AZIENDALE	VIA VERCELLI 30	SETTIMO TORINESE	TO	20
TO 5	RESIDENZA IL GIGLIO	VIA COLOMBARO 4	ALBUGNANO	AT	16
	RESIDENZA ANNI AZZURRI (LA VIGNA)	VIA BORNARESIO 22	CARMAGNOLA	TO	21
	CASA SOGGIORNO ANZIANI SAN GIUSEPPE	VIA ALDO MORO 2	CASTELNUOVO DON BOSCO	AT	20
	RESIDENZA LATOUR	STRADA REVIGLIASCO 7	MONCALIERI	TO	15
VC	CASA DI RIPOSO LA CONSOLATA	VIALE DELLA CONSOLATA 44	BORGO D'ALE	VC	20
	RESIDENZA I ROVERI	VIA VERDI 5	CARESANABLOT	VC	10
	RESIDENZA SAN CARLO	VIA MARCONI 18/A	PRAROLO	VC	12
BI	OPERA PIA CERINO ZEGNA	VIA MARTIRI DELLA LIBERTA' 196	OCCHIEPPO INFERIORE	BI	20
NO	CICA RESIDENZE	VIA BERGAMASCHI 6	CASALBELTRAME	NO	20
	CASTELLO DI SUNO	PIAZZA CASTELLO 3	SUNO	NO	22
VCO	O.P. DOTTOR UCCELLI	PIAZZA OSPEDALE 6	CANNOBIO	VB	20
	CASA ANZIANO M. LAGOSTINA	VIA RISORGIMENTO 5	OMEGNA	VB	10
CN 1	RESIDENZA VILLA FIORITA	FRAZIONE MONTEFALLONIO 36	PEVERAGNO	CN	10
	CASA PER ANZIANI MONS. CRAVERI-OGGERO	VIA DELL'ANNUNZIATA 22	FOSSANO	CN	15
	RESIDENZA LA CORTE	VIA MARCONI 163	MARENE	CN	22
	OPERA PIA TAPPARELLI D'AZEGLIO	VIA CUNEO 16	SALUZZO	CN	20
AT	RESIDENZA CASAMIA ASTI	LOC. CANOVA 11 - SS10	ASTI	AT	20
	RESIDENZA CASAMIA ROSBELLA	STR.SAN PIETRO 43/m LOC.ROSBELLA	NIZZA MONFERRATO	AT	20
AL	CASA DI RIPOSO E RICOVERO	PIAZZA C. BATTISTI 1	CASALE MONFERRATO	AL	20
					<b>505</b>

Tab. 3 - Elenco dei CENTRI DIURNI ALZHEIMER attivi

**Tabella 3**

**Elenco dei Centri Diurni Alzheimer attivi**

ASL	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	POSTI
TO 1	PRESIDIO VALLETTA	VIA FARINELLI 25	TORINO	TO	20
	CENTRO DIURNO ALZHEIMER C/O RSA	VIA SPALATO 14	TORINO	TO	35
TO 2	CENTRO DIURNO INTEGRATO C/O RSA	VIA VALGIOIE 39	TORINO	TO	16
	CENTRO DIURNO INTEGRATO AURORA	VIA SCHIO 1	TORINO	TO	20
TO 3	CENTRO POLIFUNZIONALE PER ANZIANI	VIA COTTA 20	GRUGLIASCO	TO	20
	CENTRO DIURNO VILLA SAN TOMMASO	VIA SAN TOMMASO 26	BUTTIGLIERA ALTA	TO	26
	RIFUGIO RE CARLO ALBERTO	LOC. MUSSET 1	LUSERNA SAN GIOVANNI	TO	12
TO 4	CENTRO DIURNO ALZHEIMER C/O RSA	PIAZZA CAVOUR	VOLPIANO	TO	15
TO 5	RESIDENZA ANNI AZZURRI (LA VIGNA)	VIA BORNARESIO 22	CARMAGNOLA	TO	10
	CASA DI RIPOSO ORFANELLE	VIA TANA 5	CHIERI	TO	10
	RESIDENZA LATOUR	STRADA REVIGLIASCO 7	MONCALIERI	TO	20
BI	OPERA PIA CERINO ZEGNA	VIA MARTIRI DELLA LIBERTA' 196	OCCHIEPPO INFERIORE	BI	15
	CENTRO DIURNO EX PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA MARCONI 18	TRIVERO	BI	10
NO	CASTELLO DI SUNO	PIAZZA CASTELLO 3	SUNO	NO	20
VCO	CASA ANZIANO M. LAGOSTINA	VIA RISORGIMENTO 5	OMEGNA	VB	15
CN 1	CENTRO DIURNO SPERIMENTALE c/o MATER AMABILIS-SEZ.ANGELI	VIALE MISTRAL 1	CUNEO	CN	5
AT	CENTRO DIURNO DISTURBI COGNITIVI	VIA BOCCA 7	ASTI	AT	20
AL	C.D.I. AIMA C/O L'ORCHIDEA	STRADA ROSTA 1 - FRAZ. CABANETTE	ALESSANDRIA	AL	15
					<b>304</b>