

Delib.G.R. 14 settembre 2009, n. 25-12129 (1).

Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie.

(1) Pubblicata nel B.U. Piemonte 17 settembre 2009, n. 37, supplemento n. 2

A relazione degli Assessori Migliasso, Artesio:

- *L'accreditamento nel quadro normativo per il settore sanitario*

In ambito sanitario l'accreditamento è stato previsto dal *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, che introduce norme volte al superamento del regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di contenimento della spesa, di responsabilizzazione del personale, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologia di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta.

Il *Decreto Legislativo 7 dicembre 1993 n. 517* modifica il sopra richiamato D.L. 502/1992, introducendo per la prima volta in ambito normativo il concetto di accreditamento quale criterio su cui devono essere fondati i nuovi rapporti, insieme alle modalità di pagamento a prestazione e all'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

L'atto di indirizzo e coordinamento, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica il 14 gennaio 1997, definisce i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e chiarisce come i requisiti necessari per l'accreditamento siano ulteriori rispetto ai minimi previsti dal D.lgs n. 502/92, indicando la regione come soggetto previsto a elaborarli sulla linea dei criteri generali contenuti nell'atto medesimo.

Al riguardo va sottolineato, peraltro, che i requisiti strutturali e gestionali richiesti per l'autorizzazione all'esercizio dei presidi socio-assistenziali socio-sanitari e socio-educativi per anziani, disabili e minori stabiliti dalla Regione Piemonte con la *Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149* recante le disposizioni attuative del *D.P.R. 14 gennaio 1997* "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" e attraverso successivi provvedimenti indicati in dettaglio in allegato A) al presente atto, aderiscono ai criteri definiti dalla normativa statale di riferimento e, per alcuni aspetti, appaiono più evoluti.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 attribuisce all'accreditamento la funzione di regolazione dell'offerta e ne fa uno strumento per individuare e selezionare i soggetti erogatori dei servizi, sulla base di accordi dove stabilire natura, quantità e qualità dei servizi da garantire ai cittadini, specificando che:

- l'accreditamento si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e private;
- i requisiti funzionali dell'attuazione dell'istituto dell'accreditamento sono diversi e ulteriori rispetto ai requisiti minimi autorizzativi, definiti dal *D.P.R. del 14 gennaio 1997*;
- il compito di definire i criteri per l'accreditamento e di conferire lo stato di struttura accreditata compete alle singole regioni e province autonome.

Il *Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999* perfeziona questa impostazione distinguendo tra autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali. Il primo livello previsto da tale decreto è il regime di "autorizzazione" definito sulla base del possesso di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. L'autorizzazione è gestita tenendo conto del fabbisogno complessivo rilevato in sede

di programmazione regionale e della localizzazione delle strutture esistenti su scala regionale e locale, in modo da favorire l'accessibilità ai servizi nei diversi ambiti territoriali.

L'articolo 8-quater definisce l'accreditamento istituzionale come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione, in quanto vengono considerati aspetti di natura funzionale e qualitativa, e vengono valutati i risultati che la struttura ha conseguito nell'ambito della propria attività.

All'articolo 8-bis, comma 3, si precisa inoltre che le disposizioni in tema di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali valgono anche per le strutture e le attività socio-sanitarie.

L'articolo 8-quinquies precisa che la qualificazione di soggetto accreditato non costituisce titolo per le aziende sanitarie per corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, se non in quanto le stesse siano definite con accordo contrattuale.

Con gli "accordi contrattuali" vengono definiti i volumi di attività che ogni struttura accreditata può erogare con finanziamento del Fondo Sanitario o con le risorse previste per le attività socio-sanitarie. L'accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie non costituisce in capo alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale un obbligo a corrispondere ai soggetti accreditati la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori dei rapporti di cui all'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., nell'ambito del livello di spesa annualmente definito e delle quantità e tipologie annualmente individuate dalla regione ai sensi della normativa vigente.

Come si può notare da questa impostazione, il sistema di accreditamento previsto dal D.Lgs. n. 229/99 si pone obiettivi inerenti la regolazione e la quantificazione del sistema di offerta, il controllo della spesa, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la tutela della salute delle persone, verificando l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate.

È interessante notare come il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 nell'elenco degli obiettivi, pone al secondo punto "*promuovere la rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili*".

Volendo puntualizzare il percorso logico che parte dall'autorizzazione al funzionamento delle strutture erogatrici di prestazioni socio-sanitarie fino alla stipula degli accordi contrattuali con le aziende sanitarie si individuano le seguenti fasi:

- la realizzazione, per le tipologie previste, di nuove strutture destinate ad attività sanitarie e socio-sanitarie, ma anche l'adattamento delle strutture già esistenti, è subordinata all'autorizzazione rilasciata dal comune che acquisisce la verifica di compatibilità da parte della regione;
- l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie è subordinata al possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 e alla permanenza dei requisiti accertata attraverso verifiche periodiche. La verifica dei requisiti dà luogo al rilascio dell'autorizzazione relativamente all'attività alla quale è richiesta. Il regime autorizzativo viene esteso, oltre che alle strutture sanitarie e sanitarie a valenza sociale, anche a quelle sociali a valenza sanitaria;
- l'accreditamento istituzionale è definito come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione, in quanto vengono considerati, oltre i requisiti di natura funzionale e qualitativa, anche i risultati che la struttura ha conseguito nell'ambito della propria attività, con riferimento ai livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché a indici di appropriatezza nel quadro dell'offerta integrativa dei livelli stessi.

Con gli accordi contrattuali con i soggetti pubblici e con quelli privati, vengono definiti i volumi di attività che ogni struttura accreditata può erogare con finanziamento del fondo sanitario. Tenuto conto che la scelta è effettuata anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, lo stato di soggetto accreditato non costituisce soltanto presupposto necessario per la stipulazione degli accordi contrattuali, ma rende disponibili tipologia, quantità e qualità delle prestazioni.

- *L'accreditamento nel quadro normativo per il settore sociale*

La legge 8 novembre 2000, n. 328, di riforma del welfare, punta ad ottenere come risultato un'assistenza su misura, tarata sulle esigenze dei singoli e delle famiglie in difficoltà, in grado di offrire, attraverso una rete integrata, un ventaglio di servizi, anche con il ricorso ai soggetti di Terzo

Settore, in particolare la cooperazione sociale e al settore privato. La gestione dell'offerta è una delle novità di maggiore interesse della legge. Gli enti gestori, quelli che si occupano dell'offerta dei servizi sociali, possono essere soggetti pubblici o soggetti privati e, dice la legge, anche i privati sono coinvolti quali soggetti attivi nella progettazione e realizzazione concreta degli interventi.

Comuni, regioni e stato, afferma la *Legge 328/2000*, promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi e il diritto di scelta. Ciò significa aver posto le premesse per creare la concorrenza, cambiando fundamentalmente i meccanismi economici e di accesso ai servizi fino ad allora conosciuti. In passato ogni realtà si trovava ad essere un oligopolista perfetto in quanto unico produttore nel suo bacino di riferimento. Certo, a livello territoriale più ampio si potevano trovare molti enti, ma nell'ambito della zona o del distretto il soggetto importante era uno solo o forse due a determinare sempre, di fatto, una scelta obbligata. Con l'offerta inferiore alla domanda e l'assenza di concorrenza si semplificava sia la gestione dell'azienda sia l'amministrazione del problema politico. La *legge 328/2000*, invece, giunge a sconvolgere definitivamente questo scenario.

Il tema dell'accreditamento sociale o socio-assistenziale è trattato sotto diversi aspetti all'articolo 11 della Legge quadro. È anzitutto considerato con riferimento alle responsabilità istituzionali deputate alla sua attuazione. Sostanzialmente sono distribuite a due livelli: le responsabilità dei comuni e quelle delle regioni. Per quanto riguarda l'autorizzazione, specifica che i comuni devono autorizzare i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale indipendentemente da chi sia il gestore. Devono essere autorizzati i gestori pubblici e i privati di cui all'articolo 1 comma 5, cioè tutti. Prevede che i requisiti per l'autorizzazione siano definiti da norme emanate dalla regione, che deve interpretare i requisiti minimi nazionali integrandoli in relazione alle esigenze locali.

Il secondo comma prevede che i comuni concedano autorizzazioni provvisorie per le strutture già operanti assegnando un termine per l'adeguamento.

Il terzo comma afferma che i comuni provvedono all'accreditamento e il quarto assegna alle Regioni il compito di disciplinare le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1 comma 5, cioè tutti gli erogatori dei servizi pubblici e privati, dell'autorizzazione a servizi sperimentali ed innovativi.

I comuni devono inoltre corrispondere ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale. Per metterli in grado di assolvere questo compito le regioni devono definire i criteri per l'accreditamento, tenendo anche conto che l'adozione della carta dei servizi da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi costituisce uno dei requisiti necessari ai fini dell'accreditamento.

Secondo l'*art. 8 della L. 328/2000*, spetta ad ogni singola regione stabilire con legge i criteri per l'autorizzazione sulla base dei requisiti minimi strutturali e organizzativi fissati dallo stato (definiti dal D.P.C.M. 21 maggio 2001, n. 308); spetta poi al comune, verificato il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi, autorizzare i servizi e le strutture sociali pubbliche e private all'esercizio dell'attività.

Per quanto riguarda l'accreditamento, la normativa nazionale si limita a fissare le competenze istituzionali relative al processo, lasciando alle regioni ampie possibilità d'interpretazione circa le funzioni dello strumento ed i requisiti richiesti. Dunque, anche per l'accreditamento in ambito socio-assistenziale, spetta alle regioni stabilire gli standard, ma, in questo caso, in modo totalmente autonomo rispetto a quello dell'ambito sanitario, dato che non sono previsti standard fissati a livello nazionale. Inoltre, dato che i requisiti per l'autorizzazione sono definiti "minimi", si deduce che i requisiti per l'accreditamento devono essere ulteriori rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione.

Va poi sottolineato come, in sostanza, la normativa nazionale preveda due differenze sostanziali fra l'autorizzazione e l'accreditamento: la prima prevede che solo il soggetto accreditato può vedersi corrispondere dai soggetti pubblici le tariffe per le prestazioni erogate, la seconda stabilisce che per ottenere l'accreditamento occorre possedere ulteriori requisiti, rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione, stabiliti autonomamente dalla regione.

La *L.R. 8 gennaio 2004, n. 1*, si è posta come obiettivo quello di costruire un sistema integrato di interventi e servizi che abbia, come afferma l'articolo 3, carattere di universalità e sia organizzato in

modo da garantire a tutti i cittadini pari opportunità di fruizione e completa accessibilità ai servizi, salvaguardando in tal modo il rispetto della dignità della persona, della sua riservatezza e del suo diritto di scelta.

- L'accreditamento nel quadro normativo per l'area socio-sanitaria

Il *D.P.C.M. 29 novembre 2001*, attraverso il quale si è provveduto alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), ha riconosciuto nell'Allegato 3, punto d), la peculiarità dell'area dell'integrazione socio-sanitaria per il rilievo che assume nell'ambito delle politiche destinate sia al sostegno dell'individuo, della famiglia e della collettività, sia alla razionalizzazione e riorganizzazione dell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali, al fine di garantire le prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita. Il succitato Decreto ha altresì individuato, nell'ambito dell'area socio-sanitaria, una serie di attività e prestazioni che, per la loro stessa natura, tipologia e fasi del percorso clinico e assistenziale a cui si riferiscono, richiedono l'intervento congiunto del servizio sanitario e della rete sociale esistente intorno al cittadino.

Rispetto all'area socio-sanitaria, per la quale l'individuazione delle prestazioni a carico totale o parziale del servizio sanitario deve necessariamente tenere conto dei diversi livelli di dipendenza o di non autosufficienza e della conseguente diversificazione della risposta sanitaria e socio-assistenziale, il succitato Decreto fa riferimento all'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria di cui al *D.P.C.M. 14 febbraio 2001*, emanato in attuazione del *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* e s.m.i. e dalla *L. 328/2000*. Con il *D.P.C.M. 14 febbraio 2001* sono state individuate le tipologie di prestazioni socio-sanitarie, le fasi assistenziali in cui si articolano tali prestazioni, nonché le competenze gestionali ed economiche facenti capo rispettivamente al comparto sanitario ed agli enti locali.

In Piemonte l'applicazione della normativa sui L.E.A. all'area dell'integrazione socio-sanitaria è disciplinata dalla *Delib.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389*, e la stessa si è innestata in un sistema socio-sanitario in cui la rete delle prestazioni e la ripartizione dei relativi oneri erano disciplinate da una complessa e specifica normativa regionale, applicata sul territorio tramite appositi accordi convenzionali tra le Aziende Sanitarie e gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, che nel tempo hanno assicurato una gamma di risposte più ampia di quella prevista dal Decreto stesso.

La necessità di conseguire un livello sufficiente di differenziazione degli interventi e dei servizi per garantire la pluralità di offerta e il diritto di scelta da parte degli interessati, ha reso palese la necessità di una integrazione dei servizi gestiti direttamente dal sistema pubblico con quelli gestiti da soggetti privati.

Nell'ambito dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti, già con la *Delib.G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433* era stata individuata la rete delle strutture (R.S.A. e R.A.F.) con le quali le A.S.L. erano autorizzate a stipulare convenzione per il soddisfacimento delle esigenze espresse dal territorio.

Successivamente si è provveduto attraverso la *Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226* e s.m.i. a definire il nuovo sistema integrato di risposte sanitarie ed assistenziali a favore delle persone anziane non autosufficienti, applicando i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.). Tale modello diversifica i servizi erogati a seconda dei bisogni specifici delle persone, individuando tre fasce assistenziali. Per ogni fascia assistenziale determina la relativa tariffa e individua la ripartizione fra quota a carico del Fondo Sanitario Regionale e quota a carico dell'utente/Comune.

Gli elementi critici della *Delib.G.R. n. 41-42433/1995*, hanno creato la necessità di introdurre elementi di flessibilità organizzativa, sotto forma di prestazioni personalizzate.

Il principio guida della *Delib.G.R. n. 17-15226/2005* è infatti l'adeguamento dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa.

Il modello integrato, partendo dalle tipologie di situazioni riferite a persone anziane che necessitano di interventi socio-sanitari integrati, è basato sull'individuazione di tre fasce d'intensità assistenziale (bassa, media e alta intensità più due livelli di incremento) degli interventi da erogarsi nell'ambito

delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti. Di conseguenza, tale percorso è teso a modulare il complesso delle attività residenziali per anziani non autosufficienti in fasce assistenziali che connotano l'intensità e la complessità delle prestazioni erogate, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampio ed articolato possibile in relazione alle diverse tipologie di bisogno connesse alle situazioni di non autosufficienza.

La fascia d'intensità assistenziale è individuata nell'ambito del progetto personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.). L'U.V.G. è un'equipe multidisciplinare, il nucleo centrale per accedere ai servizi rivolti agli anziani. Funzione propria dell'U.V.G. è la predisposizione del progetto personalizzato di intervento in base alla tipologia del bisogno, considerando il rapporto fra:

- l'intensità terapeutica e riabilitativa dell'intervento, finalizzato a mantenere l'autonomia funzionale residua della persona;
- l'intensità socio-assistenziale dell'intervento, finalizzato a supportare, mantenere e migliorare la vita socio-relazionale delle persone anziane.

Ritenendo non più compatibile con il nuovo modello assistenziale definito attraverso la *Delib.G.R. n. 17-15226/2005* il sistema del semplice convenzionamento delle strutture socio-sanitarie con il sistema pubblico, si è provveduto attraverso la *Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 18-15227* a definire un nuovo sistema di rapporto tra sistema pubblico (sanitario e socio-assistenziale) e soggetti pubblici e privati che erogano prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale. Tale provvedimento ha introdotto il nuovo principio del cosiddetto "convenzionamento aperto", che consente a tutte le strutture che ne fanno richiesta, di tipologia R.S.A. e/o R.A.F., autorizzate (sia secondo i requisiti strutturali di cui al regime definitivo sia secondo i requisiti strutturali di cui al regime transitorio) ex *Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335* e *Delib.G.R. n. 41- 42433/1995*, di convenzionarsi con il sistema pubblico.

Occorre sottolineare come la *Delib.G.R. n. 18-15227/2005* non si limiti, tuttavia, a richiamare il principio della libertà di convenzionamento delle strutture dotate dei requisiti richiesti per l'autorizzazione al funzionamento, ma vada anche a subordinare il convenzionamento stesso alla presentazione della seguente documentazione:

- dimostrazione della disponibilità di personale adeguato nel rispetto dei parametri definiti a livello regionale;
- illustrazione del modello organizzativo-gestionale con particolare riferimento ai servizi generali e di assistenza per gli ospiti non autosufficienti;
- schema del modello del P.A.I. adottato dalla struttura;
- formale adesione ad intraprendere un percorso migliorativo orientato all'acquisizione di ulteriori requisiti di qualità dell'organizzazione, qualità dell'assistenza, qualità del servizio, secondo le indicazioni fornite dalla deliberazione stessa nell'allegato C.

Questi requisiti ulteriori richiesti dalla *Delib.G.R. n. 18-15227/2005* sono importanti in quanto rispecchiano una nuova concezione di qualità del servizio, una concezione non più ristretta ai soli requisiti strutturali e gestionali di cui alla precedente normativa, ma tendente a considerare come servizio di qualità quello in grado di porre la persona e le sue esigenze al centro dell'organizzazione. In altri termini la *Delib.G.R. n. 18-15227/2005* costituisce, di fatto e di diritto, il provvedimento che disciplina l'accreditamento transitorio delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, cioè di tutte quelle strutture che - essendo in possesso dei requisiti strutturali sia del regime definitivo sia di quello transitorio definiti dalla normativa di riferimento e necessari per l'esercizio dell'attività - garantiscono trattamenti sia a prevalente valenza sanitaria sia sanitari di base, integrati da livelli graduati di assistenza tutelare ed alberghiera, il tutto in relazione al grado di deterioramento fisico e psico-relazionale delle persone assistite.

Il processo di qualificazione e potenziamento dei servizi socio-sanitari destinati a persone disabili adulte (e limitatamente ai centri diurni a soggetti ultraquattordicenni) è stato affrontato con la *Delib.G.R. 22 dicembre 1997, n. 230-23699*. Attraverso tale provvedimento - rispetto al quale, peraltro, occorrerà procedere in seguito ad un percorso di aggiornamento - sono stati definiti i

modelli organizzativo-gestionali dei servizi a favore delle persone disabili ed i correlati riferimenti alle tipologie strutturali nonché l'individuazione dei costi per l'erogazione delle prestazioni e la relativa ripartizione degli stessi fra oneri a carico del fondo sanitario regionale ed oneri non sanitari. Successivamente con Delib.G.R 10 giugno 2002, n. 42-6288, sono stati individuati i requisiti strutturali e gestionali di nuove tipologie di strutture destinate a disabili gravi privi del sostegno familiare, intese come sostituzione dello stesso nucleo familiare.

La già citata *Delib.G.R. n. 51-11389/2003* relativamente all'articolazione dei servizi e degli interventi socio sanitari per persone con disabilità ha previsto modelli prestazionali suddivisi per fasce assistenziali differenziate per intensità della risposta erogata rispetto ai bisogni trattati. Con tale deliberazione vengono previsti gli incrementi tariffari suddivisi per livelli di intensità delle prestazioni (base, medio, alto), in relazione al bisogno della persona inserita in struttura, che comportano maggiorazioni ai costi previsti dalla succitata *Delib.G.R n. 230-23699/1997*.

In tale ambito il livello di intervento adeguato ed appropriato alle esigenze dell'utente viene individuato dalla Unità di Valutazione Handicap (U.V.H.) attraverso la definizione del progetto personalizzato.

Relativamente all'area dei minori - per la quale si ricorda la priorità che gli interventi a loro favore siano finalizzati al mantenimento in famiglia - si è provveduto nel corso di questi anni a definire, in attuazione della *legge 328/2000*, i requisiti strutturali e gestionali con specifici provvedimenti amministrativi regionali secondo le varie tipologie indicate in dettaglio in allegato A alla presente deliberazione. È altresì opportuno tenere presente che il *D.P.C.M. 29 novembre 2001* indica i livelli essenziali di assistenza che il sistema sanitario deve garantire relativamente alle aree attività sanitarie e di integrazione sociosanitaria e, nello specifico, sancisce la competenza sanitaria relativamente alle prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale destinate a disabili fisici psichici e sensoriali, nonché la competenza sanitaria per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime residenziale e semiresidenziale in favore di minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico. Coerentemente a tale indirizzo, il Piemonte con la già richiamata *Delib.G.R. n. 51-11389/2003* ha stabilito che, in relazione alle prestazioni socio-sanitarie a favore delle donne, dei minori, delle coppie e delle famiglie, si attivi un percorso concertato mediante la definizione di un modello organizzativo coordinato fra l'area sanitaria e quella socio-assistenziale. Con *Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003*, si è quindi provveduto a definire le tipologie, i requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semi residenziali per minori, assegnando altresì al sistema sanitario le competenze per le attività di assistenza residenziale e semiresidenziale destinate a minori affetti da disturbi comportamentali e/o da patologie di interesse neuropsichiatrico, sulla base di quanto stabilito dal *D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1 C*.

Per quanto riguarda il convenzionamento da parte delle strutture per disabili e minori con il sistema pubblico occorre precisare che l'attuale sistema prevede il riconoscimento della idoneità delle singole strutture facenti parte della rete a fornire risposte efficaci ed efficienti in ordine alle prestazioni individuate e definite nei progetti assistenziali da parte delle competenti Unità valutative, e della conseguente spesa stabilita nell'ambito dei criteri tariffari individuati attraverso la normativa regionale di riferimento.

- Procedure di accreditamento per le strutture sociosanitarie

Premesso quanto sopra occorre ora tenere presente che ai sensi dell'*articolo 1, comma 796, lettera s), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296* (Finanziaria 2007), a decorrere dal 1° gennaio 2008, sono cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'*art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.* Inoltre, poiché l'*art. 1, comma 796, lettera t), della predetta Legge n. 296/2006*, stabilisce che le regioni sono tenute ad adottare il provvedimento finalizzato a garantire che, a partire dal 1° gennaio 2010, cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-

quater, comma 7, del D.Lgs. 502/1990 e s.m.i., occorre adottare il provvedimento disciplinante le procedure di accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie.

L'accreditamento costituisce lo strumento fondamentale che consentirà un cambiamento estremamente significativo nella gestione dei servizi socio-sanitari. Il cambiamento consiste nel passaggio dall'autorizzazione al successivo accreditamento delle strutture socio-sanitarie, cioè da un sistema statico, burocratico, meramente autorizzativo che finora si limita a prevedere il semplice rapporto convenzionale con il sistema pubblico delle strutture autorizzate, ad un processo dinamico, in continua evoluzione che per sua stessa natura tende al miglioramento continuo in termini di efficacia e di efficienza.

La Regione Piemonte già a partire dal 1997 attraverso la Delib.G.R. 14 aprile 1997, n. 124-18354, ha stabilito gli indirizzi per l'esercizio delle funzioni di autorizzazione all'apertura e funzionamento nonché di vigilanza relative alle strutture socio-assistenziali ed attraverso la *Delib.G.R. 5 agosto 1998, n. 83-25268* - attuativa del Piano Sanitario Regionale per il triennio 1997/1999, di cui alla *L.R. 12 dicembre 1997, n. 61* - ha stabilito di disciplinare le funzioni di autorizzazione all'apertura, all'esercizio e alla vigilanza sulle strutture socio-sanitarie, in particolare le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) e le R.I.S.S. (Residenze Integrate Socio-Sanitarie) in maniera coordinata ed omogenea rispetto a quanto previsto per i presidi socio-assistenziali. Con il provvedimento avanti richiamato, si è stabilito che l'istanza per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio per avviare le attività nelle suddette strutture socio-sanitarie deve essere presentata al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente (ad esclusione delle strutture operanti nell'ambito territoriale della Città di Torino per le quali le funzioni sono esercitate dal Comune stesso per le strutture di tipologia R.A.F., mentre le R.S.A. sono autorizzate dall'A.S.L. territorialmente competente, e quelle a gestione diretta A.S.L. per le quali le medesime funzioni sono esercitate direttamente dalla Regione), vale a dire allo stesso soggetto giuridico che rilascia il provvedimento amministrativo per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle strutture socio-assistenziali e che esercita altresì, le funzioni di vigilanza.

Con la *L.R. 8 gennaio 2004, n. 1*, si è stabilito all'articolo 9, comma 5, di affidare ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali - che devono assicurare le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Aziende Sanitarie Locali - le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e sociosanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale.

In particolare l'*art. 26, comma 4, della legge regionale n. 1/2004*, prevede che la giunta regionale definisca i criteri e le procedure per l'esercizio delle funzioni di vigilanza nonché le tipologie dei servizi e delle strutture oggetto della vigilanza, i requisiti gestionali ed organizzativi dei servizi socio assistenziali, socio educativi e socio sanitari pubblici e privati a ciclo residenziale e semiresidenziale.

La stessa legge regionale, all'art. 54, stabilisce che, nelle more del provvedimento della giunta regionale di cui al sopra richiamato art. 26, le funzioni amministrative di vigilanza, comprese quelle relative alle R.S.A., sono esercitate dalle A.S.L. e dal Comune di Torino per i servizi e le strutture operanti sul proprio territorio, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi regionali di riferimento.

A tale riguardo si precisa che con Delib.G.R. 11 febbraio 2008, n. 32-8191, si è stabilito di confermare che - nelle more dell'adozione del provvedimento regionale attuativo delle disposizioni indicate dall'*art. 26 della L.R. n. 1/2004* in materia di vigilanza - le funzioni amministrative relative alla vigilanza (che include l'autorizzazione all'apertura e al funzionamento), comprese quelle relative alle R.S.A., vengono esercitate dalle A.S.L. e dal Comune di Torino per il territorio di sua competenza, mentre quelle relative alle R.S.A. gestite dalle A.S.L., vengono esercitate dalla Regione, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi di riferimento, così come previsto, rispettivamente, dal comma 1 e dal comma 2 dell'art. 54 della medesima *L.R. n. 1/2004*.

L'autorizzazione viene definita, all'art. 27 della L.R. n. 1/2004, come il provvedimento che conferisce al soggetto che ne fa richiesta il diritto all'esercizio dei servizi e dell'attività delle strutture sulla base di requisiti organizzativi e strutturali previsti dalle disposizioni statali e regionali.

L'art. 29 della L.R. n. 1/2004 stabilisce che l'accreditamento costituisce titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione ed affida alla giunta regionale il compito di definire le procedure del processo di accreditamento, da coordinarsi con i meccanismi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie. In ordine agli ulteriori requisiti richiesti, il precitato art. 29 precisa che gli stessi devono svilupparsi sulla base dei seguenti criteri:

- a) adozione della carta dei servizi e di strumenti di comunicazione e trasparenza;
- b) localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;
- c) eliminazione di barriere architettoniche;
- d) qualificazione del personale;
- e) coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio;
- f) adozione di programmi e di progetti assistenziali individualizzati, calibrati sulla necessità delle singole persone;
- g) adozione di strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati.

Si rende pertanto necessario sulla base della normativa vigente, sopra richiamata, determinare - come da Allegati B), C), E), al presente provvedimento - gli standard di qualità ulteriori rispetto a quelli individuati per l'autorizzazione al funzionamento che costituiscono i requisiti per l'accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili e minori aventi natura giuridica di diritto pubblico e privato.

Tenuto tuttavia conto che l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) ed i Protocolli di attività relativi all'accoglienza in struttura e alla umanizzazione della permanenza nelle residenze, previsti nell'Allegato E) al presente provvedimento, potrebbero richiedere una ridefinizione dei modelli organizzativi e gestionali di ogni singola struttura e la necessità di percorsi formativi per il personale per una applicazione condivisa, convinta e quindi efficace, si prevede una fase di applicazione graduale differendone l'applicazione a decorrere dall'1 luglio 2011 e prevedendo nel contempo una sperimentazione gestionale da definirsi con successivo provvedimento.

Resta inteso che in caso di adozione di provvedimenti regionali di modifica e/o integrazione dei requisiti per l'accreditamento, le strutture interessate dovranno produrre nuova istanza.

Il presente provvedimento risulta coerente con quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2010 (P.S.S.R.), approvato con *Delib.C.R. 24 ottobre 2007, n. 137-40212*, il quale si pone come obiettivo l'incremento dei posti letto convenzionati per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti fissandolo in 2 posti letto ogni 100 anziani ultra sessantacinquenni al termine dei quattro anni di validità del Piano stesso, nonché con le strategie generali di sviluppo del sistema integrato degli interventi e dei servizi nell'area della disabilità e della tutela minorile. Si sottolinea, infine, che con *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i. si è provveduto, ai sensi dell'art. 8/ter del *D.Lgs. 502/1992* e s.m.i., a stabilire modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie. A tal riguardo occorre precisare e tenere conto che sono ancora operanti presidi residenziali in possesso della sola registrazione ovvero di "mantenimento del titolo autorizzativo" nonché presidi residenziali, o nuclei strutturali, per anziani non autosufficienti, in possesso dei requisiti minimi previsti al p.to 4 del "Regime transitorio" delle R.S.A. e al p.to 4 del "Regime transitorio" per le R.A.F. di cui all'Allegato A) della *Delib.G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433*.

Nel primo caso trattasi di presidi pubblici e privati con requisiti strutturali non ancora classificati nelle tipologie previste dalle vigenti normative regionali per le strutture residenziali, già operanti al momento dell'adozione della *Delib.G.R. 26 settembre 1992, n. 38-16335*, che hanno mantenuto l'autorizzazione al funzionamento in forza del possesso dei requisiti minimi indicati al punto 3

"Regime transitorio" "*Requisiti minimi per ottenere o mantenere l'autorizzazione al funzionamento*" della predetta Delib.G.R. n. 38-16335/1992, ovvero dei presidi di cui alla *Delib.G.R. 23 febbraio 2004, n. 60-11842*.

Nel secondo caso trattasi di presidi, ovverosia di nuclei strutturali, con autorizzazione al funzionamento come R.S.A. o come R.A.F. per anziani non autosufficienti, già operanti al momento dell'adozione della Delib.G.R. n. 41 -42433/1995, che hanno attuato interventi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali richiesti dal citato atto deliberativo.

Per quanto riguarda gli adeguamenti strutturali di cui ai punti precedenti occorre tenere presente che a decorrere dalla data di esecutività della *Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413 "L.R. 8 novembre 2000, n. 328 relativa alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. «Indirizzi operativi per l'applicazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308» attuativo della legge - Approvazione"*, per le strutture socio-assistenziali e per le strutture socio-sanitarie di tipologia R.A.F. i requisiti definitivi previsti sono quelli stabiliti dai provvedimenti regionali indicati nell'Allegato A) al presente provvedimento.

Si ritiene inoltre che qualora la Regione definisca nuove tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali non comprese nell'elenco delle tipologie esistenti e richiamate nell'All. A) al presente atto, il relativo provvedimento dovrà contenere, oltre alla definizione dei requisiti strutturali e gestionali, anche le modalità per il rilascio del titolo autorizzativo ed i criteri specifici per l'accreditamento.

Al riguardo si precisa che, per quanto riguarda gli standard di qualità, assume, tra l'altro, particolare rilievo qualificante del processo di accreditamento, ancorché attuato in modo graduale, l'individuazione di percorsi assistenziali integrati (PIC) ed indicatori di processo funzionali riferiti al momento alle sole strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, così come dettagliati nel documento predisposto dall'ARESS e riportati nell'allegato E), del presente atto, fermo restando la necessità di definire in via successiva percorsi assistenziali riferiti alle altre tipologie di utenza ricomprese nel presente provvedimento.

Contemporaneamente si ritiene opportuno procedere -come da Allegato A) al presente provvedimento - in osservanza anche a quanto disposto dal *comma 2 dell'art. 37 della L.R. n. 1/2004*, a classificare le strutture residenziali e semiresidenziali con indicazione degli atti normativi che ne definiscono i relativi requisiti strutturali, gestionali e organizzativi nonché dei soggetti istituzionali cui compete l'autorizzazione alla realizzazione, all'apertura e al funzionamento, oltre che la funzione di vigilanza e la tipologia di accreditamento cui fare riferimento (socio-sanitario oppure sociale).

La Giunta Regionale;

sentita la relazione che precede;

viste la Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335; la *Delib.G.R. 22 febbraio 1993, n. 147-23154*; la *Delib.G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433*; la *Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 230-23699*; la *Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400*; la *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 37-29527*; la *Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413*; la *Delib.G.R. 7 febbraio 2002, n. 39-29311*; la *Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288*; la *Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003*; la *Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189*;

visto l'art. 8, comma 4, del D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., che prevede la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi;

visto il *D.P.R. 14.01.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*;

vista la *Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149* recante le disposizioni attuative del *D.P.R. 14 gennaio 1997* “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;

dato atto che i requisiti strutturali richiesti per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dei presidi sociosanitari stabiliti dalla Regione Piemonte attraverso i provvedimenti richiamati nella relazione che precede aderiscono ai criteri definiti dalla normativa statale di riferimento e, per alcuni aspetti, appaiono più evoluti;

vista la *Delib.G.R. 14 aprile 1997, n. 124-18354*, che stabilisce gli indirizzi per l’esercizio delle funzioni amministrative di autorizzazione all’apertura e funzionamento nonché di vigilanza relative alle strutture socio-assistenziali;

vista la *Delib.G.R. 5 agosto 1998, n. 83-25268*, con la quale si è provveduto a disciplinare le funzioni di autorizzazione all'apertura, all'esercizio e alla vigilanza sulle strutture socio assistenziali, socio educative e socio-sanitarie - in particolare le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Integrate Socio-Sanitarie - in maniera coordinata ed omogenea rispetto a quanto previsto per i presidi socio-assistenziali;

visto il *D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;

rilevato che l’articolo 8-bis, comma 3 del *D.Lgs. n. 229/1999*, subordina l’esercizio di attività socio-sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale agli istituti di cui all’art. 8-ter e 8- quater;

considerato che l’art. 8-ter del *D.Lgs. n. 229/1999*, prevede, al comma 1, che la realizzazione di strutture e l’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinate all’autorizzazione e precisa che la stessa è necessaria oltre che per la costruzione di nuove strutture anche per l’adattamento di strutture già esistenti e per la loro diversa utilizzazione, ampliamento o trasformazione nonché trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate;

tenuto conto che l’art. 8-ter, comma 3, del *D.Lgs. n. 229/1999*, stabilisce che, per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, il Comune acquisisce, nell’esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni edilizie, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione, da effettuarsi in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l’accessibilità ai servizi e valorizzare le aree d’insediamento prioritario di nuove strutture;

considerato che, ai sensi dell’art. 8-ter, comma 5, del *D.Lgs. n. 229/1999*, spetta alle Regioni determinare:

a) le modalità ed i termini per la richiesta e l’eventuale rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture e dell’autorizzazione all’esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria prevedendo la possibilità del riesame dell’istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate al soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati;

precisato che l’art. 8-quater del *D.Lgs. n. 229/1999*, definisce l’accreditamento istituzionale come misura ulteriore rispetto all’autorizzazione, in quanto vengono considerati aspetti di natura funzionale e qualitativa, e vengono valutati i risultati che la struttura ha conseguito nell’ambito della propria attività;

ribadito che l’accreditamento istituzionale per l’erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non costituisce, in capo alle Aziende ed agli Enti del Servizio Sanitario regionale, impegno di remunerazione delle prestazioni erogate e di utilizzo dei posti letto al di fuori di quelli utilizzati dai cittadini assistibili nell’ambito del livello di spesa e delle quantità e tipologie annualmente individuate dalla regione ai sensi della normativa vigente;

vista la *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., con la quale si è provveduto, ai sensi dell’art. 8-ter del *D.Lgs. n. 502/1992* e s.m.i., a stabilire modalità e termini per la richiesta ed il

rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie;

visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

vista la L.R. 8 gennaio 2004, n. 1, "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento";

sottolineato che ai sensi dell'art. 9, comma 5, della L.R. n. 1/2004, si è stabilito di affidare ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali - che devono assicurare le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Aziende Sanitarie Locali -le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale;

precisato che con Delib.G.R. 11 febbraio 2008, n. 32-8191, si è stabilito di confermare che - nelle more dell'adozione del provvedimento regionale attuativo delle disposizioni indicate dall'art. 26 della L.R. n. 1/2004 in materia di vigilanza - le funzioni amministrative relative alla vigilanza, comprese quelle relative alle R.S.A., vengono esercitate dalle A.A.S.L. e dal Comune di Torino per il territorio di sua competenza, mentre quelle relative alle R.S.A. gestite dalle A.A.S.L., vengono esercitate dalla Regione, secondo le modalità e gli indirizzi indicati dagli atti amministrativi di riferimento, così come previsto, rispettivamente, dal comma 1 e dal comma 2 dell'art. 54 della medesima L.R. n. 1/2004;

ritenuto, pertanto, in attesa del suddetto provvedimento regionale - peraltro in fase di programmazione e confronto - di attribuzione ai soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali delle funzioni amministrative relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale, di confermare, transitoriamente, la competenza nella materia de qua - ivi comprese le procedure di accreditamento - alle A.A.S.L. secondo quanto definito nella sopra richiamata Delib.G.R. 11 febbraio 2008, n. 32-8191 ed al Comune di Torino per il territorio di sua competenza secondo le modalità adottate di concerto con le A.S.L. ai sensi dell'art. 6 comma 2, lettera (e) della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1 in coerenza con le procedure di cui al presente atto ferma restando l'opportunità che le funzioni amministrative relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza siano assegnate ad un centro di responsabilità diverso da quello competente alla stipula delle convenzioni;

ritenuto inoltre di stabilire che, in coerenza a quanto previsto dall'art. 54 della L.R. n. 1/2004, le strutture socio-sanitarie gestite direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali sono accreditate dalla Regione con le modalità previste negli atti amministrativi regionali inerenti le funzioni di vigilanza; ritenuto di stabilire che il termine del procedimento -che si conclude con l'accreditamento e la successiva stipula dell'accordo contrattuale disciplinante i rapporti tra i soggetti pubblici titolari delle funzioni ed i soggetti gestori dei servizi residenziali - venga fissato in novanta giorni sia per le strutture private che per le strutture pubbliche dalla data di presentazione della relativa istanza, fatto salvo quanto previsto dal presente atto per la fase di prima applicazione;

valutata altresì l'opportunità di prevedere l'adozione di uno schema contrattuale tipo regionale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici titolari (Aziende sanitarie Locali e Enti gestori dei servizi socio-assistenziali) e soggetti gestori delle strutture, da adottarsi con successivo provvedimento entro tempi funzionali al presente atto;

avuto riguardo al fatto che l'autorizzazione viene definita, all'art. 27 della L.R. n. 1/2004, come il provvedimento che conferisce al soggetto che ne fa richiesta il diritto all'esercizio dei servizi e dell'attività delle strutture sulla base di requisiti organizzativi e strutturali previsti dalle disposizioni statali e regionali;

visto l'art. 29 della L.R. n. 1/2004 mediante il quale si stabilisce che l'accreditamento costituisce titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità, rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione, ed affida alla Giunta regionale il compito di definire le procedure del processo di accreditamento, da coordinarsi con i meccanismi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie;

rilevato che in ordine agli ulteriori requisiti richiesti, il precitato art 29 fornisce precise indicazioni circa i criteri sulla base dei quali devono svilupparsi;

vista la *Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226* e s.m.i., con la quale è stato approvato il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, in applicazione del *D.P.C.M. 29 novembre 2001* All. 1 punto 1.C;

viste la *Delib.G.R. 31 luglio 2006, n. 2-3520* e la *Delib.G.R. 1 agosto 2008, n. 39-9365* con le quali, fra l'altro, si sono apportate ulteriori specificazioni alla *Delib.G.R. n. 17-15226/2005*;

vista la *Delib.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389* con la quale è stata approvata l'articolazione dei servizi e degli interventi socio sanitari per persone con disabilità, in applicazione del *D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, Punto 1.C*;

vista la *Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 18-15227*, che, di fatto e di diritto, disciplina l'accreditamento transitorio delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti;

vista la *Delib.C.R. 24 ottobre 2007, n. 137-40212*, di approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2007-2010;

dato atto che per quanto riguarda la figura e le funzioni di responsabile di struttura trovano applicazione le disposizioni di cui a *Delib.G.R. 14 luglio 2008, n. 35-9199*;

vista la *Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189* con la quale sono stati definiti i requisiti organizzativi, gestionali dei centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da morbo di Alzheimer ed altre demenze;

dato atto che, per le motivazioni sopra espresse, le disposizioni di cui alla *Delib.G.R. n. 18-15227/2005* costituiscono, - in attuazione di quanto previsto dalla *legge 27 dicembre 2006, n 296, art. 1, comma 796, lettera s)* sino alla data del 31 dicembre 2009, accreditamento provvisorio per le strutture socio-sanitarie private e sino al 31 dicembre 2010 per le strutture socio-sanitarie pubbliche; ritenuto opportuno definire che:

- i presidi pubblici e privati con requisiti strutturali non ancora classificati nelle tipologie previste dalle vigenti normative regionali per le strutture residenziali, già operanti al momento dell'adozione della *Delib.G.R. 26 settembre 1992, n. 38-16335*, che hanno mantenuto l'autorizzazione al funzionamento in forza del possesso dei requisiti minimi indicati al punto 3 "Regime transitorio" "*Requisiti minimi per ottenere o mantenere l'autorizzazione al funzionamento*" della predetta *Delib.G.R. n. 38-16335/1992*, ovvero dei presidi di cui alla *Delib.G.R. 23 febbraio 2004, n. 60 - 11842* accedano alle procedure di accreditamento previste dal presente provvedimento previa la realizzazione dei necessari adeguamenti strutturali di cui al vigente regime definitivo, così come richiamati nell'Allegato a), adeguamenti strutturali autorizzabili subordinatamente alla acquisizione, laddove necessaria, della verifica di compatibilità prevista dalla *Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999* - rilasciata dalla competente Direzione Regionale; conseguentemente le strutture private e pubbliche in questione, attualmente operanti secondo il cosiddetto regime di "mantenimento autorizzativo" o "registrazione", dovranno eseguire gli interventi di adeguamento previsti per le singole tipologie strutturali e acquisire la relativa autorizzazione al funzionamento entro il 31 dicembre 2013; fermo restando che il mancato adeguamento entro tale data comporterà la revoca del titolo autorizzativo;

- i presidi pubblici e privati, con autorizzazione al funzionamento come R.S.A. o come R.A.F. per anziani non autosufficienti, già operanti al momento dell'adozione della *Delib.G.R. n. 41 - 42433/1995*, che hanno attuato interventi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali richiesti dal citato atto deliberativo (cosiddetto "regime transitorio"), possano presentare istanza di accreditamento secondo le procedure definite dal presente atto, unitamente ad una dichiarazione d'impegno a produrre entro il 29 ottobre 2010 per i soggetti privati ed entro il 31 ottobre 2011 per i

soggetti pubblici al competente soggetto titolare delle funzioni di autorizzazione, vigilanza e accreditamento, un progetto di livello definitivo di adeguamento ai requisiti strutturali del regime definitivo come indicato nell'Allegato A) al presente provvedimento, unitamente ad un piano finanziario e ad un cronoprogramma dell'intervento che, comunque, dovrà concludersi entro mesi 48 dalla data di presentazione dell'istanza. Tali adeguamenti potranno essere realizzati - anche con una ridefinizione di posti letto per nucleo inferiore a dieci e/o multipli di dieci e comunque nel limite massimo dei posti attualmente autorizzati - subordinatamente alla acquisizione, della verifica di compatibilità - prevista dalla *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999* - rilasciata dalla competente Direzione regionale, con l'avvertenza che l'omessa, la tardiva, l'incompleta o la non conforme presentazione della suddetta documentazione, comporterà un eventuale ridefinizione tariffaria o revoca dell'accredimento - già assegnato per effetto della presente statuizione sub condizione - secondo criteri e modalità da definirsi nell'ambito delle procedure applicative della *Delib.G.R. n. 17-15226/2005* e s.m.i;

- siano da considerarsi accreditabili ai sensi del presente provvedimento e, pertanto, autorizzabili ad ogni effetto, anche "blocchi strutturali" e/o nuclei all'interno di strutture con pluralità di servizi della medesima area funzionale, purché siano rispettati gli standard previsti per i servizi collettivi, generali, sanitari e ausiliari per tutta la struttura, con la specificazione che per i servizi di cucina, lavanderia e stireria, magazzini è ammesso l'utilizzo dei rispettivi servizi centralizzati a disposizione dell'intero complesso strutturale del soggetto gestore;

- i presidi già operanti che hanno concluso, alla data di adozione del presente provvedimento, interventi di realizzazione, adattamento di strutture esistenti, diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede, con i requisiti del regime definitivo possano presentare istanza di accreditamento, previa acquisizione del previsto titolo autorizzativo al funzionamento conseguente all'intervento, fermo restando che, laddove necessario, occorre acquisire, anche in sanatoria, la verifica di compatibilità prevista dalla *Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999*, rilasciata dalla competente Direzione regionale;

- i presidi pubblici e privati in possesso di titolo autorizzativo temporaneo concesso come strutture per persone affette da morbo di Alzheimer - individuati nelle Tabelle 2 e 5 della *Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189* - nonché i presidi pubblici e privati in possesso del parere acquisito ai sensi dell'*art. 8-ter del D.Lgs. 502/92* per la creazione di Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) - individuati nelle Tabele 3 e 6 della *Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189* - sono da considerarsi accreditabili ai sensi del presente provvedimento e pertanto autorizzabili ad ogni effetto purché rispondano, per quanto attiene ai requisiti delle camere da letto del Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) e dei servizi igienici dei Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo, ai requisiti strutturali del regime definitivo in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo o del parere acquisito ai sensi dell'*art. 8-ter del D.Lgs. 502/92*, fermo restando l'obbligo di realizzare gli adeguamenti ulteriori previsti dalla succitata *Delib.G.R. n. 38-11189/2009*;

ritenuto opportuno precisare che per quanto riguarda gli adeguamenti strutturali di cui ai punti precedenti occorre tenere presente che a decorrere dalla data di esecutività della *Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413 "L.R. 8 novembre 2000, n. 328 relativa alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. «Indirizzi operativi per l'applicazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308» attuativo della legge - Approvazione"*, per le strutture socio-assistenziali e per le strutture socio-sanitarie di tipologia R.A.F. i requisiti definitivi previsti sono quelli stabiliti dai provvedimenti regionali indicati nell'Allegato A) al presente provvedimento integrati con quelli richiamati dalla succitata *Delib.G.R. n. 43-4413/2001*;

ribadito che con l'adozione del presente provvedimento si dà attuazione a quanto disposto sia dal *D.P.R. 14 gennaio 1997* sia dall'*articolo 1, comma 796, lettera s), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296* (Finanziaria 2007), in ordine alla cessazione dei transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'*art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992* e s.m.i.. sia dall'*art. 1, comma 796, lettera t), della predetta Legge n. 296/2006*, il quale stabilisce che le regioni sono tenute ad adottare il provvedimento finalizzato a garantire che a partire dal 1° gennaio 2010 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'*articolo 8-quater, comma 7, del D.Lgs. 502/1990* e s.m.i.;

visto l'*Allegato A)* al presente atto deliberativo, mediante il quale si provvede, in osservanza anche a quanto disposto dal *comma 2 dell'art. 37 della L.R. n. 1/2004*, a classificare le strutture residenziali e semiresidenziali con indicazione degli atti normativi che definiscono i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi ed individuano i soggetti istituzionali cui compete l'autorizzazione alla realizzazione, all'apertura e al funzionamento, oltre che la funzione di vigilanza e la tipologia di accreditamento cui fare riferimento (socio-sanitario o sociale);

ritenuto necessario prevedere, relativamente alle tipologie di strutture per disabili denominate "Gruppo appartamento per disabili gravi motori o fisici" e "Comunità di tipo familiare per disabili gravi", che - a parziale rettifica della *Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288* - le stesse, ai fini del presente provvedimento di accreditamento, dovranno essere oggetto di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal competente soggetto indicato in allegato A), fermo restando che la verifica di compatibilità prevista dalla *Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i in attuazione del disposto di cui all'*art 8-ter, comma 5 del D.Lgs. n. 229/1999*, rilasciata dalla competente Direzione Regionale decorre per tali tipologie con riferimento a strutture che entrano in funzione successivamente alla data di adozione del presente atto;

ritenuto di precisare che, nelle more della definizione delle procedure di accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari, eventuali interventi integrati in attuazione della *Delib.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389* - ivi compresi i Centri Addestramento Disabili Diurni, Laboratori - Centri di lavoro guidato e altri servizi sociali di comunità - non rientrano tra le procedure di accreditamento di cui al presente atto, ma sono oggetto di rapporti economici, gestionali e qualitativi disciplinati da convenzioni stipulate tra le parti;

ritenuto di stabilire il 31 dicembre 2010 quale data di conclusione della fase sperimentale gestionale, prevista dalla *Delib.G.R. 8 marzo 2004, n. 51-11959* e di prevedere altresì che tale sperimentazione venga ricondotta ad una delle tipologie di cui all'*allegato A* al presente atto o a eventuale altra futura tipologia tenuto conto della specificità dell'utenza accolta, fermo restando, nelle more di tale definizione, la possibilità di accedere alle procedure di accreditamento della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

relativamente alle strutture classificate Comunità Terapeutiche per Minori ai sensi della *Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003* a titolarità e totale spesa in carico all'ambito sanitario - si ritiene di applicare le procedure di accreditamento contenute nel presente atto;

ritenuto di stabilire che le strutture denominate: Comunità Educativa Integrata e Pensionato Integrato e qualificate, ai sensi della *Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003*, come sperimentali per un periodo massimo di tre anni, qualora non rinnovate per motivate esigenze, vengano ricondotte, al termine della sperimentazione, ad una delle altre tipologie strutturali e gestionali dell'area minori identificate nell'*Allegato A)* al presente provvedimento o ad altra futura tipologia, fermo restando, nel frattempo, la possibilità dell'accREDITAMENTO secondo le procedure stabilite dal presente provvedimento per l'area minori;

considerata altresì la necessità di meglio definire i requisiti strutturali e gestionali delle strutture attualmente denominate Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili e Comunità Alloggio con standard gestionali RAF di cui alla *Delib.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389* tenuto conto delle specificità dell'utenza accolta, appare opportuno rinviare ad un successivo provvedimento - da adottarsi entro il 31 dicembre 2010 - tale definizione, fermo restando, nelle more di tale atto, la

possibilità di accedere alle procedure di accreditamento della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

ritenuto di stabilire che per le strutture definite dalla recente *Delib.G.R. 13 luglio 2009, n. 10-11729* "Casa Famiglia ad accoglienza mista", le stesse possono essere accreditate secondo le procedure di cui al presente provvedimento con riferimento all'area tipologica di accoglienza individuata nell'Allegato B) al presente atto, fermo restando che la verifica di compatibilità - prevista dalla *Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i, in attuazione del disposto di cui all'*art 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999* - rilasciata dalla competente Direzione Regionale, deve essere richiesta solo per le strutture che saranno autorizzate in data successiva alla adozione del presente provvedimento;

visti gli allegati B), C), E) al presente provvedimento, attraverso i quali, in attuazione di quanto disposto dal *D.Lgs. 502/1992* e s.m.i., si definiscono gli ulteriori requisiti necessari per il riconoscimento dell'accREDITAMENTO definitivo delle strutture socio-sanitarie;

visto l'Allegato D) al presente provvedimento, attraverso il quale si definiscono modalità e procedure per la presentazione dell'istanza e per il rilascio del provvedimento di accREDITAMENTO definitivo delle strutture sociosanitarie e dato atto che eventuali modifiche od integrazioni di tali modalità potranno essere apportate mediante Determinazione dirigenziale da parte della Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia o dal competente Settore della Direzione stessa, sentita anche la Direzione regionale Programmazione Sanitaria;

ritenuto di stabilire che in caso di adozione di provvedimenti regionali di modifica e/o integrazione dei requisiti per l'accREDITAMENTO, le strutture interessate dovranno produrre nuova istanza.

Ritenuto di evidenziare sin da ora che i prossimi provvedimenti regionali disciplinanti i requisiti strutturali dei presidi dovranno privilegiare l'implementazione di misure atte a ridurre i consumi energetici degli edifici, quali il ricorso alle fonti solari per la produzione dell'acqua calda sanitaria.

Considerato altresì, al fine di consentire l'effettivo esercizio del diritto di scelta ed all'informazione, di prevedere che le ASL e il Comune di Torino, per il territorio di propria competenza, si dotino di procedure di gestione atte a garantire la piena e trasparente informazione ai cittadini piemontesi sulle strutture socio-sanitarie accreditate, ed a darne comunicazione alle Direzioni regionali competenti che provvederanno analogamente per l'intero territorio regionale;

rilevata, infine, la necessità di provvedere al monitoraggio costante sullo stato di attuazione del presente provvedimento e delle progressioni in esso previste, anche al fine di verificare l'eventuale incidenza dei nuovi percorsi di qualità sui costi di gestione delle strutture interessate e, conseguentemente, il loro eventuale impatto sulla definizione delle tariffe;

visto il parere favorevole espresso dal CORESA nella seduta del 28 luglio 2009;

sentita la competente commissione consiliare la quale ha espresso parere favorevole in data 10 settembre 2009; con voto unanime reso in forma palese,

Delibera

1) di approvare, in esecuzione di quanto disposto dall'*art. 37, comma 2, della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1*, l'Allegato A), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che comprende la classificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali ed i correlati riferimenti normativi e amministrativi contenenti i requisiti strutturali, gestionali, e organizzativi nonché l'indicazione dei soggetti istituzionali cui compete, alla data del presente atto, l'adozione dei provvedimenti per l'autorizzazione alla realizzazione, all'apertura e al funzionamento delle varie tipologie di strutture, la funzione di vigilanza e la tipologia di accREDITAMENTO;

2) di definire con il presente provvedimento criteri, modalità e procedure per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture classificate come socio-sanitarie nell'Allegato A) al presente provvedimento, con i requisiti strutturali organizzativi e gestionali ivi richiamati. Le altre attività

socio-sanitarie integrate di cui alla Delib.G.R 23 dicembre 2003, n. 51-11389 attualmente in atto sul territorio regionale dovranno essere garantite attraverso i vigenti accordi locali;

3) di stabilire che per essere accreditate le strutture socio-sanitarie devono possedere gli ulteriori requisiti di cui al punto successivo, oltre i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dai provvedimenti analiticamente indicati in allegato A) al presente atto, costituenti elemento sostanziale del provvedimento autorizzativo all'apertura e al funzionamento;

4) di approvare gli allegati B) C) E) costituenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con i quali si definiscono gli ulteriori requisiti necessari per l'accredimento definitivo delle strutture socio-sanitarie private e pubbliche;

5) di stabilire che i requisiti definiti con il presente provvedimento per l'accredimento delle strutture classificate socio-sanitarie nell'Allegato A), decorrono per le strutture avente natura giuridica privata a far data dal 1° gennaio 2010 e per le analoghe strutture pubbliche a far data dal 1° gennaio 2011 e ciò al fine di consentire ai soggetti pubblici gestori delle stesse di adottare e/o modificare i propri atti di programmazione e organizzazione, rimanendo inteso che sino a tale data le strutture pubbliche possono continuare ad operare secondo le disposizioni che attualmente definiscono i rapporti convenzionali con il sistema pubblico;

6) di stabilire che per l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (PIC) ed i Protocolli di attività relativi all'accoglienza in struttura e alla umanizzazione della permanenza nelle residenze, previsti nell'Allegato E), una fase di graduale attuazione differendone l'applicazione a decorrere dal 1° luglio 2011 e prevedendo nel contempo una sperimentazione regionale da definirsi con successivo provvedimento rivolto alla verifica delle eventuali criticità gestionali ed organizzative;

7) di approvare l'allegato D), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale si definiscono modalità e procedure per la presentazione dell'istanza e per il rilascio del provvedimento di accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie, dando atto che eventuali modifiche od integrazioni di tali modalità potranno essere apportate mediante determinazione dirigenziale da parte della Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia o dal competente Settore della Direzione stessa, sentita anche la Direzione regionale Programmazione Sanitaria;

8) di stabilire che l'accredimento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non costituisce, in capo alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale, impegno di remunerazione delle prestazioni erogate e di utilizzo dei posti letto al di fuori di quelli utilizzati dai cittadini assistibili nell'ambito del livello di spesa e delle quantità e tipologie annualmente individuate dalla regione ai sensi della normativa vigente;

9) di stabilire che ai sensi dell'*art. 8-quater, comma 8, del D.Lgs. 502/1992* e s.m.i., in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno stabilito a livello regionale per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, le AA.SS.LL. sono tenute a porre a carico del S.S.R. un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione regionale e locale;

10) di precisare che il presente provvedimento costituisce attuazione del *D.P.R. 14 gennaio 1997* e che i requisiti minimi stabiliti da detto D.P.R. si affiancano sia a quelli già previsti dalla normativa regionale attualmente in vigore sia a quelli definiti con il presente provvedimento, nonché a quelli che potranno derivare da successive modifiche, e ciò con riferimento agli standard migliorativi rispetto al livello minimo, il cui possesso è condizione imprescindibile per l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria;

11) di stabilire che, per le motivazioni di cui in premessa, in attuazione di quanto previsto dalla *L. 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 796, lettera s)*, le disposizioni di cui alla *Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 18-15227*, costituiscono, sino alla data del 31 dicembre 2009, accreditamento provvisorio per le strutture socio-sanitarie private e sino al 31 dicembre 2010 per le strutture socio-sanitarie pubbliche;

12) di stabilire che, in via transitoria e, nelle more dell'adozione dell'atto deliberativo previsto dall'*art. 26 della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1*, il provvedimento di accreditamento delle strutture in questione e le successive procedure di verifica e di accertamento del possesso e del mantenimento

dei requisiti di cui al presente atto viene rilasciato dalle AA.S.L. secondo quanto definito nella Delib.G.R. 11 febbraio 2008, n. 32-8191 ed al Comune di Torino per il territorio di sua competenza secondo le modalità adottate di concerto con le ASL ai sensi dell'art 6 comma 2, lettera e) della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1 in coerenza con le procedure di cui al presente atto, ferma restando l'opportunità che le funzioni amministrative di autorizzazione, accreditamento e vigilanza siano assegnate ad un centro di responsabilità diverso da quello competente alla stipula delle convenzioni;

13) di stabilire che, in coerenza a quanto previsto dall'art. 54 della L.R. n. 1/2004, le strutture sociosanitarie gestite direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali sono accreditate dalla Regione con le modalità previste negli atti amministrativi regionali inerenti le funzioni di vigilanza;

14) di dare atto che il termine del procedimento - che si conclude con l'accreditamento e la successiva stipula dell'accordo contrattuale disciplinante i rapporti tra i soggetti pubblici titolari delle funzioni ed i soggetti gestori dei servizi residenziali - è fissato in novanta giorni sia per le strutture private sia per le strutture pubbliche dalla data di presentazione della relativa istanza, fatto salvo quanto previsto al successivo punto 22) per la fase di prima applicazione;

15) di stabilire che relativamente alle tipologie di strutture per disabili denominate "Gruppo appartamento per disabili gravi motori o fisici" e "Comunità di tipo familiare per disabili gravi", che - a parziale rettifica della Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288 - le stesse, ai fini del presente provvedimento di accreditamento, dovranno essere oggetto di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal competente soggetto indicato in allegato A), fermo restando che la verifica di compatibilità prevista dalla [Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522](#) e s.m.i in attuazione del disposto di cui all'art 8-ter, comma 5 del D.Lgs. n. 229/1999, rilasciata dalla competente Direzione Regionale decorre per tali tipologie con riferimento a strutture che entrano in funzione successivamente alla data di adozione del presente atto;

16) di precisare che, nelle more della definizione delle procedure di accreditamento dei servizi sociali e sociosanitari, eventuali interventi integrati in attuazione della Delib.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389 - ivi compresi i Centri Addestramento Disabili Diurni, Laboratori - Centri di lavoro guidato e altri servizi sociali di comunità - non rientrano tra le procedure di accreditamento di cui al presente atto, ma sono oggetto di rapporti economici, gestionali e qualitativi disciplinati da convenzioni stipulate tra le parti;

17) di stabilire il 31 dicembre 2010 quale data di conclusione della fase sperimentale gestionale, prevista dalla Delib.G.R. 8 marzo 2004, n. 51-11959 e di prevedere altresì che tale sperimentazione venga ricondotta ad una delle tipologie di cui all'allegato A al presente atto o a eventuale altra futura tipologia tenuto conto della specificità dell'utenza accolta, fermo restando, nelle more di tale definizione, la possibilità di accedere alle procedure di accreditamento della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

18) di stabilire che relativamente alle strutture classificate Comunità Terapeutiche per Minori ai sensi della Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003 - a titolarità e totale spesa in carico all'ambito sanitario - si applichino le procedure di accreditamento contenute nel presente atto;

19) di stabilire che le strutture denominate: Comunità Educativa Integrata e Pensionato Integrato e qualificate, ai sensi della Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003, come sperimentali per un periodo massimo di tre anni qualora non rinnovate per motivate esigenze, vengano ricondotte, al termine della sperimentazione, ad una delle altre tipologie strutturali e gestionali dell'area minori identificate nell'Allegato A) al presente provvedimento o ad altra futura tipologia, fermo restando, nel frattempo, la possibilità dell'accREDITAMENTO secondo le procedure stabilite dal presente provvedimento per l'area minori;

20) di stabilire che relativamente alle strutture attualmente denominate Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili e Comunità Alloggio con standard gestionali RAF di cui alla Delib.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389 e tenuto conto delle specificità dell'utenza accolta, entro il 31 dicembre 2010 vengano definiti idonei requisiti strutturali e gestionali fermo restando, nelle more di tale definizione, la possibilità di accedere alle procedure di accREDITAMENTO della presente deliberazione con riferimento all'area della disabilità;

21) di stabilire che per le strutture definite dalla recente *Delib.G.R. 13 luglio 2009, n. 10-11729* "Casa Famiglia ad accoglienza mista", le stesse possono essere accreditate secondo le procedure di cui al presente provvedimento con riferimento all'area tipologica di accoglienza individuata nell'Allegato B) al presente provvedimento, fermo restando che la verifica di compatibilità - prevista dalla *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999* - rilasciata dalla competente Direzione Regionale, deve essere richiesta solo per le strutture che saranno autorizzate in data successiva alla adozione del presente;

22) di prevedere che, in fase di prima applicazione, i termini per la presentazione dell'istanza di accreditamento, secondo le modalità, le procedure e la documentazione prescritta, come da Allegato D) al presente provvedimento, sono fissati per le strutture private per il giorno 7 novembre 2009 e per quelle pubbliche dal 1° gennaio 2010 al 30 settembre 2010 ed i termini per la conclusione del procedimento sono fissati rispettivamente per il giorno 31 dicembre 2009 e 31 dicembre 2010;

23) di definire i seguenti criteri per le procedure di accreditamento relativamente alle varie situazioni in cui operano attualmente i presidi residenziali:

23/A) i presidi pubblici e privati classificati socio-sanitarii nell'allegato A), in possesso di autorizzazione al funzionamento in regime definitivo in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo stesso, accedono alle procedure di accreditamento alla sussistenza degli ulteriori requisiti di cui agli allegati B), C), E);

23/B) i presidi pubblici e privati con requisiti strutturali non ancora classificati nelle tipologie previste dalle vigenti normative regionali per le strutture residenziali, già operanti al momento dell'adozione della *Delib.G.R. 26 settembre 1992, n. 38-16335*, che hanno mantenuto l'autorizzazione al funzionamento in forza del possesso dei requisiti minimi indicati al punto 3 "Regime transitorio" "Requisiti minimi per ottenere o mantenere l'autorizzazione al funzionamento" della predetta *Delib.G.R. n. 38-16335/1992*, ovvero dei presidi di cui alla *Delib.G.R. 23 febbraio 2004, n. 60-11842* potranno accedere alle procedure di accreditamento previste dal presente provvedimento previa la realizzazione dei necessari adeguamenti strutturali di cui al vigente regime definitivo, così come richiamati nell'Allegato A), adeguamenti strutturali autorizzabili subordinatamente alla acquisizione, laddove necessaria, della verifica di compatibilità prevista dalla *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999*, rilasciata dalla competente Direzione Regionale; conseguentemente tali strutture, attualmente operanti secondo il cosiddetto regime di "mantenimento autorizzativo" o "registrazione", dovranno eseguire gli interventi di adeguamento previsti per le singole tipologie strutturali e acquisire la relativa autorizzazione al funzionamento entro il 31 dicembre 2013 fermo restando che il mancato adeguamento entro tale data comporterà la revoca del titolo autorizzativo;

23/C) i presidi pubblici e privati, con autorizzazione al funzionamento come R.S.A. o come R.A.F. per anziani non autosufficienti, già operanti al momento dell'adozione della *Delib.G.R. n. 41-42433/1995*, che hanno attuato interventi di adeguamento ai requisiti minimi strutturali richiesti dal citato atto deliberativo (cosiddetto "regime transitorio"), possono presentare istanza di accreditamento secondo le procedure definite dal presente atto, unitamente ad una dichiarazione d'impegno a produrre entro il 29.10.2010 per i soggetti privati ed entro il 31 ottobre 2011 per i soggetti pubblici al competente soggetto titolare delle funzioni di autorizzazione, vigilanza e accreditamento, un progetto di livello definitivo di adeguamento ai requisiti strutturali del regime definitivo come indicato nell'Allegato A) al presente provvedimento, unitamente ad un piano finanziario e un cronoprogramma dell'intervento che, comunque, dovrà concludersi entro mesi 48 dalla data di presentazione dell'istanza. Tali adeguamenti potranno essere realizzati anche con una ridefinizione di posti letto per nucleo inferiore a dieci e/o multipli di dieci e comunque nel limite massimo dei posti attualmente autorizzati - subordinatamente alla acquisizione, della verifica di compatibilità - prevista dalla *Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999* - rilasciata dalla competente Direzione regionale, con l'avvertenza che l'omessa, la tardiva, l'incompleta o la non conforme

presentazione della suddetta documentazione, comporterà un eventuale ridefinizione tariffaria o revoca dell'accreditamento - già assegnato per effetto della presente statuizione sub condizione - secondo criteri e modalità da definirsi nell'ambito delle procedure applicative della *Delib.G.R. n. 17-15226/2005* e s.m.i;

23/D) sono accreditabili ai sensi del presente provvedimento e pertanto autorizzabili ad ogni effetto anche "blocchi strutturali" e/o nuclei all'interno di strutture con pluralità di servizi della medesima area funzionale, purché siano rispettati gli standard previsti per i servizi collettivi, generali, sanitari e ausiliari per tutta la struttura, con la specificazione che per i servizi di cucina, lavanderia e stireria, magazzini è ammesso l'utilizzo dei rispettivi servizi centralizzati a disposizione dell'intero complesso strutturale del soggetto gestore;

23/E) i presidi già operanti che hanno concluso, alla data di adozione del presente provvedimento, interventi di realizzazione, adattamento di strutture esistenti, diversa utilizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede, con i requisiti del regime definitivo possono presentare istanza di accreditamento, previa acquisizione del previsto titolo autorizzativo al funzionamento conseguente all'intervento, fermo restando che, laddove necessario, occorre acquisire, anche in sanatoria, la verifica di compatibilità prevista dalla *Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999*, rilasciata dalla competente Direzione regionale;

23/F I presidi pubblici e privati in possesso di titolo autorizzativo temporaneo concesso come strutture per persone affette da morbo di Alzheimer - individuati nelle Tabelle 2 e 5 della *Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189* - nonché i presidi pubblici e privati in possesso del parere acquisito ai sensi dell'*art. 8 ter del D.Lgs. 502/92* per la creazione di Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) - individuati nelle Tabelle 3 e 6 della *Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189* - sono da considerarsi accreditabili ai sensi del presente provvedimento e pertanto autorizzabili ad ogni effetto purché rispondano, per quanto attiene ai requisiti delle camere da letto del Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) e dei servizi igienici dei Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.), Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (C.D.A.I.), Nucleo Alzheimer Temporaneo, ai requisiti strutturali del regime definitivo in base alla normativa di riferimento all'atto del rilascio del titolo autorizzativo o del parere acquisito ai sensi dell'*art. 8-ter del D.Lgs. 502/92*, fermo restando l'obbligo di realizzare gli adeguamenti ulteriori previsti dalla succitata *Delib.G.R. n. 38-11189/2009*;

24) di stabilire che per le istanze d'accreditamento presentate successivamente ai termini previsti dal presente provvedimento, diventa in ogni caso imprescindibile -oltre il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dalla normativa di riferimento, comunque indicati nell'Allegato A) al presente provvedimento, nonché gli ulteriori requisiti di qualità pure essi già definiti dal presente provvedimento attraverso gli allegati B) C) E), e quelli che, eventualmente, potranno essere introdotti con successivi atti deliberativi - il favorevole parere di compatibilità, previsto dalla *Delib.G.R. 1 marzo 2000, n. 32-29522* e s.m.i., in attuazione del disposto di cui all'*art. 8-ter, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999*, rilasciata dalla competente Direzione regionale;

25) di prevedere che qualora la Regione definisca nuove tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali non comprese nell'elenco delle tipologie esistenti e richiamate nell'All. A) al presente atto, il relativo provvedimento dovrà contenere, oltre alla definizione dei requisiti strutturali e gestionali, anche le modalità per il rilascio del titolo autorizzativo ed i criteri specifici per l'accreditamento;

26) di definire che in caso di adozione di provvedimenti regionali di modifica e/o integrazione dei requisiti per l'accreditamento, le strutture interessate dovranno produrre nuova istanza;

27) di ribadire che per quanto riguarda la figura e le funzioni di responsabile di struttura trovano applicazione le disposizioni di cui alla *Delib.G.R. 14 luglio 2008, n. 35-9199*;

28) di prevedere che i prossimi provvedimenti regionali disciplinanti i requisiti strutturali dei presidi dovranno privilegiare l'implementazione di misure atte a ridurre i consumi energetici degli edifici, quali il ricorso alle fonti solari per la produzione dell'acqua calda sanitaria;

29) di provvedere al monitoraggio costante sullo stato di attuazione del presente provvedimento e delle progressioni in esso previste, anche al fine di verificare l'eventuale incidenza dei nuovi percorsi di qualità sui costi di gestione delle strutture interessate e, conseguentemente, il loro impatto sulla definizione delle tariffe, nonché per una eventuale ridefinizione dei termini temporali per i previsti adeguamenti strutturali;

30) di prevedere l'adozione di uno schema contrattuale tipo regionale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici titolari (Aziende sanitarie Locali e Enti gestori dei servizi socio-assistenziali) e soggetti gestori delle strutture, da adottarsi con successivo provvedimento di liberativo entro tempi funzionali al presente atto.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 gg. dalla predetta data.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R del 2002.
(omissis)

Allegato A

Classificazione delle strutture

Area funzionale	Tipo struttura	diRequisiti strutturali richiesti	Requisiti organizzativi e gestionali	Soggetto competente autorizzazione alla realizzazione	Soggetto competente autorizzazione all'apertura al funzionamento	Soggetto competente funzioni di evigilanza (socio-sanitario sociale)	Tipologia accreditamento (socio-sanitario sociale)
adulti	C.A.S.A. Comunità Alloggio Socio-Assistenziale	-Delib. 29 giugno 1992, n. 38-16335 <i>D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>	Delib. 29 giugno 1992, n. 38-16335	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	di A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale di per suo territorio
adulti	C.Reg. Comunità Socializzazione e Reinserimento	-Delib. 29 giugno 1992, n. 38-16335 <i>D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>	Delib. 29 giugno 1992, n. 38-16335	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	di A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale di per suo territorio
anziani	Comunità tipo familiare per anziani autosufficienti	Delib. 21 luglio 2002, n. 25-6772	Delib. 21 luglio 2002, n. 25-6772	non necessita	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale di per suo territorio
anziani	Piccole Residenze Anziani	Delib. 21 luglio 2002, n. 25-	Delib. 21 luglio 2002, n. 25-	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	di A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale di per

	autosufficienti	25-6772	6772			il suo territorio		
adulti/anziani	R.A.A.	Residenza Assistenziale Alberghiera	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
			<i>D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>					
			<i>Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413</i>					
adulti/anziani	R.A.	Residenza Assistenziale	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
			<i>D.M. n. 308 21 maggio 2001</i>					
			<i>Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413</i>					
adulti/anziani	R.A.B.	Residenza Assistenziale di Base	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
			<i>D.M. n. 308 21 maggio 2001</i>					
			<i>Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413</i>					
anziani	R.A.F.	Residenza Assistenziale Flessibile	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335	Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. n. 17-15226	30 Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	socio-sanitario
			<i>Delib.G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433; D.M. 21 maggio 2001, n. 308;</i>					
			<i>Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149;</i>					
			<i>Delib.G.R. 12 novembre 2001, n.</i>					

		43-4413; Delib.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311		
anziani	R.A.F. b.i.s.	-Delib.G.R. <i>Delib.G.R. 30</i> Regione Residenza 29 giugno marzo 2005, Sanità Assistenziale 1992, n.n. 17-15226 Flessibile a38-16335 bassa intensità <i>Delib.G.R.</i> assistenziale 9 gennaio 1995, n. 41-42433 D.M. 21 maggio 2001, n. 308 Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149 Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413	-A.S.L. /Città di A.S.L. socio-sanitario Torino per il/Città di suo territorio Torino per il suo territorio	
anziani	R.S.A.	-D.P.C.M. <i>Delib.G.R. 30</i> Regione Residenza 22 marzo 2005, Sanità Sanitaria dicembre n. 17-15226 Assistenziale 1989; <i>Delib.G.R.</i> 9 gennaio 1995, n. 41-42433; <i>Delib.C.R.</i> 22 febbraio 2000, n. 616-3149; <i>Delib.G.R.</i> 7 febbraio 2000, n. 39-29311	-A.S.L. A.S.L. socio-sanitario /Regione per/Regione quelle gestite per quelle dalle ASL gestite dalle ASL	
anziani	R.A.F.	in <i>Delib.G.R. Delib.G.R. 30</i> Regione regime 29 giugno marzo 2005, Sanità transitorio 1992, n.n. 17-15226 38-16335 <i>Delib.G.R.</i> 9 gennaio 1995, n. 41-42433	-A.S.L. /Città di A.S.L. socio-sanitario Torino per il/Città di suo territorio Torino per il suo territorio	
anziani	R.S.A.	in D.P.C.M. <i>Delib.G.R. 30</i> Regione regime 22 marzo 2005, Sanità transitorio dicembre n. 17-15226 1989 <i>Delib.G.R.</i> 9 gennaio 1995, n. 41-42433 <i>Delib.G.R.</i> 7 febbraio	-A.S.L. A.S.L. socio-sanitario /Regione per/Regione quelle gestite per quelle dalle ASL gestite dalle ASL	

		2000, n. 39-29311		
anziani	C.D. - Centro Diurno	Delib.G.R. <i>Delib.G.R.</i> 7 29 giugno 1992, n. 39- 38-16335 29311 <i>Delib.G.R.</i> 7 febbraio 2000, n. 39-29311	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. sociale di Torino per il suo territorio
anziani	C.D.I. - Centro Diurno Integrato (isolato inserito struttura)	Delib.G.R. 1° Regione Delib.G.R. 2000, Sanità 1° marzo 2000, n.n. 37-29527 Delib.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39- 29311 <i>Delib.C.R.</i> 22 febbraio 2000, n. 616-3149		-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. socio-sanitario di Torino per il suo territorio
alzheimer	C.D.A.A. Centro Diurno Alzheimer Autonomo	-Delib.G.R. 6 Regione Delib.G.R. 2009, Sanità 6 aprile 2009, n.n. 38-11189		-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. socio-sanitario di Torino per il suo territorio
alzheimer	C.D.A.I. Centro Diurno Alzheimer Integrato	-Delib.G.R. 6 Regione Delib.G.R. 2009, Sanità 6 aprile 2009, n.n. 38-11189		-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. socio-sanitario di Torino per il suo territorio
alzheimer	N.A.T. Nucleo Alzheimer Temporaneo	-Delib.G.R. 6 Regione Delib.G.R. 2009, Sanità 6 aprile 2009, n.n. 38-11189		-A.S.L. A.S.L. socio-sanitario per/Regione per/Regione quelle gestite per quelle dalle ASL gestite dalle ASL
disabili	R.A.F. tipo A Residenza Assistenziale Flessibile tipo A	- <i>Delib.G.R. Delib.G.R.</i> 22 Regione 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699 D.M. 21 maggio 2001, n. 308		-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. socio-sanitario di Torino per il suo territorio
disabili	R.A.F. tipo B Residenza Assistenziale Flessibile tipo B	- <i>Delib.G.R. Delib.G.R.</i> 22 Regione 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699 D.M. 21 maggio 2001, n. 308		-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. socio-sanitario di Torino per il suo territorio
disabili	R.A.F. Centro Diurno Socio- Terapeutico Riabilitativo tipo A	Delib.G.R. 22 Regione Delib.G.R. 2000, Sanità 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699 D.M. 21 maggio 2001, n. 308		-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio
				A.S.L. socio-sanitario di Torino per il suo territorio

disabili	R.A.F. Centro Diurno Socio- Terapeutico Riabilitativo tipo B	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699 D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Centro Diurno	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 15 aprile 1998, n. 230- ante Delib.G.R.11-24370 23699 n. 34/1997)</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Centro Diurno Socio- Terapeutico con Nucleo di Residenzialità Notturmo	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699 D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Comunità Alloggio A	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 22 dicembre febbraio 1997, n. 230- 1993, n.23699 147-23154 Delib.G.R. 15 aprile 1998, n. 11-24370 D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Comunità Alloggio B	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 22 dicembre febbraio 1997, n. 230- 1993, n.23699 147-23154 Delib.G.R. 15 aprile 1998, n. 11-24370 D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>	Regione Sanità	A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Gruppo Appartamento tipo A	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Gruppo Appartamento tipo B	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 22 9 dicembre 1997, n. 230- 34-23400 23699</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Gruppo Appartamento per Disabili Gravi Motori o Fisici	<i>Delib.G.R. Delib.G.R. 10 10 giugno 2002, n.n. 42-6288</i>	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il/ suo territorio Torino per il suo territorio	socio-sanitario

disabili	Comunità Familiare per Disabili Gravi	<i>Delib.G.R. 10 giugno 2002, n.n. 42-6288</i>	10 Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	socio-sanitario
disabili	Comunità Socio-Assistenziale per Disabili Gravi	<i>Delib.G.R. 10 giugno 2002, n.n. 42-6288</i>	10 Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	socio-sanitario
minori	Comunità Educativa Residenziale	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Comunità di Pronta Accoglienza	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Casa Famiglia per Minori	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Comunità Mamma Bambino	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Gruppo Appartamento per Adolescenti e Giovani	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Gruppo Appartamento per Gestanti e Mamme con Bambino	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Comunità Terapeutica per Minori	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 Regione Sanità	-A.S.L.	A.S.L.	sanitario
minori	Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	socio-sanitario
minori	Centro Educativo per Minori	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Centro Aggregativo per Minori	<i>Delib.G.R. 15 marzo 2004, n.n. 41-12003</i>	15 non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	sociale
minori	Asilo Nido	<i>L.R. 3/1973 Delib.G.R. 8</i>	<i>n.L.R. 3/1973 n. non necessita</i>	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio	diA.S.L. /Città di Torino per	no

		8 giugno 1975, 1975, n.n. 54-3346 e 54-3346 e Delib.G.R. 7 luglio 1976, 7 luglion. 77-3869 1976, n. 77-3869		il suo territorio
minori	Micro-nido	Delib.G.R. 2 maggio 2006, n.n. 13-2738 (testo coordinato)	non necessita	A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio
minori	Nido Famiglia	in Delib.G.R. 29 dicembre 2004, n. 48-48-14482	non necessita	di A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio
minori	Centro di Custodia Oraria (Baby Parking)	Delib.G.R. 20 novembre 2000, n. 19-1361	non necessita	di A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio
utenza mista	Casa famiglia ad accoglienza mista	Delib.G.R. 13 luglio 2009, n.n. 10-11729	Regione Sanità	-A.S.L. /Città di Torino per il suo territorio socio-sanitario

Allegato B

Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture Socio-Sanitarie

Il presente allegato definisce i requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie a ciclo diurno semiresidenziale e residenziale della Regione Piemonte già operanti e quelli di nuova istituzione rivolti alle seguenti fasce di popolazione:

A) Prima infanzia ed età evolutiva, per interventi riabilitativi, educativi e socio-assistenziali integrativi o sostitutivi della famiglia;

B) Soggetti diversamente abili, per interventi socio-sanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;

C) Soggetti anziani, per interventi socio-sanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

I requisiti di cui in appresso costituiscono lo sviluppo normativo di quanto indicato in termini di "criteri per l'accreditamento" dall'articolo 29, comma 2, della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1.

Nella tabella successiva vengono rispettivamente indicati l'area funzionale per utenza, la tipologia strutturale (residenziale e semiresidenziale) e le normative regionali di riferimento relative ai requisiti strutturali, organizzativi, gestionali necessari per ottenere il provvedimento di autorizzazione all'apertura e al funzionamento.

Tabella 1

Area funzionale	Tipo di struttura	Requisiti strutturali richiesti	Requisiti organizzativi e gestionali
MINORI	Comunità Terapeutica Minori	per Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003	Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003
MINORI	Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori	Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003	Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003
ANZIANI	R.A.F. - Residenza Flessibile;	Assistenziale Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335;	Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226
	R.A.F. b.i.s. - Assistenza Flessibile a bassa intensità assistenziale	Residenza Delib.G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433; D.M. 21 maggio 2001, n. 308; Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149; Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 43-4413; Delib.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311	
ANZIANI	R.S.A. - Residenza Assistenziale	Sanitaria D.P.C.M. 22 dicembre 1989;	Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226 41-42433; Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149; Delib.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311
ANZIANI	R.A.F. in regime transitorio	Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335;	Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226 Delib.G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433;
ANZIANI	R.S.A. in regime transitorio	D.P.C.M. 22 dicembre 1989;	Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226 41-42433; Delib.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311
ANZIANI	C.D.I. - Centro Diurno Integrato (isolato o inserito in struttura)	Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 37-29527;	Delib.G.R. 1° marzo 2000, n. 37-29527; Delib.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311; Delib.C.R. 22 febbraio 2000, n. 616-3149
ALZHEIMER	C.D.A.A. - Centro Alzheimer Autonomo	Diurno Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189	Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189
ALZHEIMER	C.D.A.I. - Centro Alzheimer Integrato	Diurno Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189	Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189
ALZHEIMER	N.A.T. - Nucleo Temporaneo	Alzheimer Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189	Delib.G.R. 6 aprile 2009, n. 38-11189
DISABILI	R.A.F. - tipo A - Assistenza Flessibile tipo A	Residenza Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400; D.M. 21 maggio 2001, n. 308	Delib.G.R. 22 dicembre 1997, n. 230-23699
DISABILI	R.A.F. tipo B - Assistenza Flessibile tipo B	Residenza Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400; D.M. 21 maggio 2001, n. 308	Delib.G.R. 22 dicembre 1997, n. 230-23699
DISABILI	R.A.F. Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo tipo A	Socio-Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400; D.M. 21 maggio 2001, n. 308	Delib.G.R. 22 dicembre 1997, n. 230-23699
DISABILI	R.A.F. Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo tipo B	Socio-Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400; D.M. 21 maggio 2001, n. 308	Delib.G.R. 22 dicembre 1997, n. 230-23699
DISABILI	Centro Diurno (già esistenti ante	Delib.G.R. 15 aprile 1998, n.	Delib.G.R. 22

	<i>Delib.G.R. n. 34-23400 del 9/11-24370;</i>	<i>dicembre 1997, n. 230-23699</i>
DISABILI	Centro Diurno Socio-Terapeutico con Nucleo di Residenzialità Notturno	<i>Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 230-23699; D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>
DISABILI	Comunità Alloggio Tipo A	<i>Delib.G.R. 22 febbraio 1993, n. 147-23154; dicembre 1997, n. 230-23699; Delib.G.R. 15 aprile 1998, n. 11-24370; D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>
DISABILI	Comunità Alloggio Tipo B	<i>Delib.G.R. 22.02.1993, n. 23154; dicembre 1997, n. 230-23699; Delib.G.R. 15 aprile 1998, n. 11-24370; D.M. 21 maggio 2001, n. 308</i>
DISABILI	Gruppo Appartamento tipo A	<i>Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400; dicembre 1997, n. 230-23699</i>
DISABILI	Gruppo Appartamento tipo B	<i>Delib.G.R. 9 dicembre 1997, n. 34-23400; dicembre 1997, n. 230-23699</i>
DISABILI	Gruppo Appartamento per Disabili Gravi Motori o Fisici	<i>Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288; Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288</i>
DISABILI	Comunità Familiare per Disabili Gravi	<i>Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288; Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288</i>
DISABILI	Comunità Socio-Assistenziale per Disabili Gravi	<i>Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288; Delib.G.R. 10 giugno 2002, n. 42-6288</i>

Strutture residenziali socio sanitarie per minori

- **Comunità Terapeutica per Minori**
- **Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori**

Requisiti per l'accreditamento:

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento le strutture residenziali socio sanitarie per minori devono:

- **1/M) Possedere un "progetto di servizio" ai sensi della *Delib.G.R. 15 marzo 2004, n. 41-12003* - nell'ambito di un quadro strategico generale il cui obiettivo è quello di costruire con gli stessi minori un percorso di un futuro possibile, una speranza per cui vale la pena impegnarsi, attivarsi, investire**
- **2/M) Avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio**

A tal fine deve essere promosso l'inserimento degli ospiti nell'ambiente urbano-sociale ed educativo del territorio attraverso l'uso di servizi (scolastici, ricreativi, educativi, sociali, socio sanitari), infrastrutture, risorse ed opportunità ivi esistenti. Le strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio, in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni;

- **3/M) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche -**

Si raccomanda, in particolare, l'assenza di ostacoli fisici (es. arredi o terminali degli impianti) negli spazi di transito che possono impedire agli utenti e agli operatori di potersi muovere in sicurezza anche in caso di pericolo. Gli ambienti devono essere organizzati in modo da limitare il più

possibile i rischi derivanti da condotte pericolose messe in atto dai soggetti ospitati in momenti di crisi.

- 4/M) Possedere un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi del personale, in funzione degli obiettivi del servizio -

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno a partire dal 31 Gennaio 2010 per le strutture private, e dal 31 Gennaio 2011 per quelle pubbliche, un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;

2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione. a partire dal primo anno dopo l'entrata in vigore del presente atto. Tale documentazione dovrà essere conservata per i successivi tre anni. In ogni caso la programmazione formativa non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura

5/M) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio"

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio.

Le strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni. Parteciperanno alla definizione di progetto quadro i servizi pubblici di neuropsichiatria infantile, gli Enti Gestori dei servizi sociali, il Tribunale dei minori. Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

- 6/M) Adottare programmi e progetti educativi individualizzati (P.E.I.), calibrati sulle necessità delle singole persone

A tal fine, deve essere definito e documentato un Progetto Educativo Individualizzato sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni del suo contesto familiare e sociale;
- dei risultati che si vogliono ottenere;
- della capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale-integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Il P.E.I. deve comprendere:

- a) l'individuazione dell'operatore responsabile del P.E.I.;
- b) la valutazione multidimensionale dell'utente;
- c) l'informazione e il coinvolgimento del tutore o chi esercita la patria potestà, del minore e/o dei suoi familiari e del Servizio inviante all'interno del P.E.I.;
- d) l'individuazione degli obiettivi specifici d'intervento;
- e) l'indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto;
- f) la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche e dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
- g) le modalità di attuazione delle verifiche (procedure, tempi e strumenti).

È altresì necessario che:

- sia definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente e i dati in output da tale sistema siano utilizzati per ridefinire il P.E.I.;
- sia definito e adottato un sistema di follow up anche dopo l'intervento, in relazione al Progetto Educativo Individualizzato;
- l'organizzazione della giornata e delle attività tenga in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali);
- i P.E.I. tengano conto di eventuali condizioni di disabilità del minore;
- sia presente una Cartella Personale contenente le informazioni ed i dati di ogni minore, il P.E.I. e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.

- 7/M) Adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati

Le strutture, devono:

- utilizzare la scheda, che sarà adottata con provvedimento dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità..
- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redigere un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della sua famiglia (laddove possibile) e del committente;
- esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.

- 8/M) Possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali e organizzativi:

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e degli utenti;
- b) documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura
- c) tenere il registro del personale sul quale sono riportate mansioni e responsabilità, nonché il registro delle presenze dei minori;
- d) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture.

Strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per anziani

- **R.A.F.** **Residenza Assistenziale Flessibile;**
- **R.A.F. b.i.s.** **Residenza Assistenziale Flessibile a bassa intensità assistenziale;**
- **R.S.A.** **Residenza Sanitaria Assistenziale;**
- **R.A.F.** **Residenza Assistenziale Flessibile in regime transitorio;**
- **R.S.A.** **Residenza Sanitaria Assistenziale in regime transitorio;**
- **C.D.I.** **Centro Diurno Integrato;**
- **C.D.A.A.** **Centro Diurno Alzheimer Autonomo;**
- **C.D.A.I.** **Centro Diurno Alzheimer Integrato;**
- **N.A.T.** **Nucleo Alzheimer Temporaneo.**

Requisiti per l'accreditamento:

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento, le strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per anziani devono:

- **1/A) possedere una "Carta dei Servizi" e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento**
- **2/A) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio**

La possibilità di raggiungere facilmente la struttura e di poter parcheggiare è determinante per garantire agli anziani la continuità e la frequenza delle visite di familiari e conoscenti. Poiché la possibilità di effettuare uscite sul territorio può risultare di difficile concretizzazione in situazioni di grave compromissione della salute degli utenti, diventa importante che all'interno di ogni struttura siano localizzate funzioni che possano fungere da attrazione per l'esterno e promossi interventi di socializzazione.

- 3/A) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche

Tenuto conto che la condizione degli ospiti è frequentemente caratterizzata da inabilità e invalidità, si richiede - oltre il possesso ed il rispetto dei requisiti circa l'eliminazione delle barriere architettoniche - una organizzazione degli spazi a misura di portatori di handicap. Inoltre, la segnaletica interna deve essere semplice, localizzata in punti ben visibili, chiara, con caratteri di dimensioni tali da poter essere letti anche da chi ha problemi di vista e con un buon contrasto rispetto allo sfondo. Nell'ingresso è richiesta la presenza di uno schema che spieghi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi della struttura.

- 4/A) possedere un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno a partire dal 31 Gennaio 2010 per le strutture private, e dal 31 Gennaio 2011 per quelle pubbliche, un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;

2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, a decorrere dall'inizio del quarto anno di accreditamento, mentre dall'inizio del secondo e del terzo anno la documentazione dovrà essere relativa agli anni precedenti. In ogni caso la programmazione formativa non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura

- 5/A) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Le Strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni. Partecipano alla definizione di progetto quadro i seguenti soggetti:

1) Unità Valutative Geriatriche (U.V.G.) per la revisione del PAI;

2) attività riabilitative e protesiche;

3) medicina specialistica in struttura;

4) residenzialità transitoria/di sollievo.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

- 6/A) Adottare programmi e Progetti Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), calibrati sulle necessità delle singole persone

I P.A.I. devono essere definiti e documentati a norma della Delib.G.R. n. 42/2008. Oltre al P.A.I., per ogni singolo ospite della struttura dovrà essere documentata a partire dal 1 luglio 2011 l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (P.I.C.) e dei Protocolli di Umanizzazione di cui al Progetto AReSS 2008 riportato nell'Allegato E. al presente provvedimento

- 7/A) adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati

Le Strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redarre un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della famiglia (laddove possibile) e dei committenti;
- esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza;

- 8/A) possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali e organizzativi:

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e degli utenti da attivare nell'ambito dell'attività di riabilitazione psicofisica prevista dalla *Delib.G.R. n. 17-15226/2005*
- b) presentazione di un documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura
- c) protocollo che definisca contenuti e modalità per prevenire eventuali cadute degli ospiti
- d) protocollo per una corretta gestione dei farmaci;
- e) protocollo per una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- f) protocollo per la prevenzione e cura della scabbia;
- g) protocollo per prevenzione infezioni e parassitosi;
- h) protocollo per pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario medico;
- i) protocollo per la pulizia e sanificazione ambientale;
- j) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture.

**Strutture residenziali e semiresidenziali
Socio sanitarie per disabili**

- **R.A.F. tipo A Residenza Assistenziale Flessibile tipo A;**
- **R.A.F. tipo B Residenza Assistenziale Flessibile tipo B;**
- **R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo A;**
- **R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo B;**
- **Centro Diurno Socio-Terapeutico con Nucleo di Residenzialità Notturno;**
- **Comunità Alloggio tipo A;**
- **Comunità Alloggio tipo B;**
- **Gruppo Appartamento tipo A;**
- **Gruppo Appartamento tipo B;**
- **Gruppo Appartamento per Disabili Gravi Motori o Fisici;**
- **Comunità Familiare per Disabili Gravi;**
- **Comunità Socio-Assistenziale per Disabili Gravi.**

Requisiti per l'accreditamento:

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento, le strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per disabili devono:

- **1/D) possedere una "Carta dei Servizi" e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato C) del presente provvedimento;**

- 2/D) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio.

La possibilità di raggiungere facilmente la struttura e di poter parcheggiare è determinante per garantire la continuità e la frequenza delle visite di familiari e conoscenti. In tutte le fasi di erogazione del servizio le strutture devono contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale della persona con disabilità attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio.

- 3/D) rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche

Tenuto conto che la condizione degli ospiti è frequentemente caratterizzata da inabilità e invalidità, si richiede - oltre il possesso ed il rispetto dei requisiti circa l'eliminazione delle barriere architettoniche - una organizzazione degli spazi a misura di portatori di handicap. Inoltre, la segnaletica interna deve essere semplice, localizzata in punti ben visibili, chiara, con caratteri di dimensioni tali da poter essere letti anche da chi ha problemi di vista e con un buon contrasto rispetto allo sfondo. Nell'ingresso è richiesta la presenza di uno schema che spieghi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi della struttura.

- 4/D) possedere un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno a partire dal 31 Gennaio 2010 per le strutture private, e dal 31 Gennaio 2011 per quelle pubbliche, un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;

2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, a decorrere dall'inizio del quarto anno di accreditamento, mentre dall'inizio del secondo e del terzo anno la documentazione dovrà essere relativa agli anni precedenti. In ogni caso la programmazione formativa non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura.

- 5/D) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Le Strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni. Partecipano alla definizione di progetto quadro i seguenti soggetti:

- 1) Unità Valutative Handicap (U.V.H.) per la revisione del Progetto individuale;
- 2) attività riabilitative e protesiche;
- 3) medicina specialistica in struttura;
- 4) residenzialità transitoria/di sollievo.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

- 6/D) adottare programmi e progetti individualizzati (P.I.), calibrati sulla necessità delle singole persone

I P.I. devono essere definiti e documentati sulla base del Progetto dell'U.V.H. e devono indicare:

- le caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- i risultati che si vogliono ottenere;
- la capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Per ogni P.I. è necessario:

1. indicare l'operatore responsabile dello stesso;
2. indicare l'informazione e il coinvolgimento dell'utente e/o dei suoi familiari;
3. descrivere le attività specifiche, i tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
4. realizzare attività di verifica.

Inoltre, deve essere definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente. I dati in output da tale sistema devono essere utilizzati per ridefinire il P.I. L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità di partecipazione alle attività organizzate, ecc.).

- 7/D) adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati

Le Strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redarre un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della sua famiglia (laddove possibile) e del committente;
- adottare ed esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.

- 8/D) possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali e organizzativi:

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e degli utenti;
- b) presentazione di un documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura;
- c) in relazione ai bisogni e alle specifiche condizioni di ogni utente, deve essere assicurata la disponibilità di ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni degli utenti;
- d) protocollo per una corretta gestione dei farmaci;
- e) protocollo per una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- f) protocollo per la prevenzione e cura della scabbia;
- g) protocollo per prevenzione infezioni e parassitosi;
- h) protocollo per pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario chirurgico;
- i) protocollo per la pulizia e sanificazione ambientale;
- j) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture.

Allegato C

Carta dei servizi

1. Carta dei servizi o Progetto di servizio (area minori)

La Carta dei Servizi deve essere: semplice, chiara e comprensibile nel modello espositivo, facilmente usufruibile, esaustiva ma non ridondante, corrispondente alla reale entità dei servizi erogati; essa è fundamentalmente uno strumento rivolto agli utenti e ai beneficiari dei servizi

Lo schema seguente è generale e potrà contenere altre voci “personalizzate” relative alla diversa tipologia di struttura previste dal presente provvedimento

La Carta dei Servizi deve, comunque, illustrare:

- presentazione e "mission" della struttura;
- la domanda di accesso e le procedure;
- la gestione dei dati e la tutela della privacy;
- l'orienting (la collocazione, come si arriva, distribuzione spaziale dei servizi, immagini di base da mappa e reali; etc.);
- la tipologia delle camere residenziali;
- gli staff dirigenziali ed operativi (compreso un elenco delle varie professionalità operanti all'interno della struttura ed a quale titolo);
- il sostanziale rispetto delle dotazioni minime di organico professionale come definiti dai provvedimenti regionali per la tipologia della struttura e dei correlati servizi; nonché il numero di operatori presenti nell'arco della giornata;
- i servizi, informazioni generali e specifiche (cosa si eroga, come e dove, i servizi di base garantiti e quelli non garantiti, i costi, comprese eventuali cauzioni finanziarie all'accesso e modalità di gestione delle stesse, modalità e termini per il pagamento della retta, riduzioni della retta, conservazione del posto, etc.);
- quali prestazioni risultino comprese nella retta a carico dell'ospite e quali siano i servizi che sono, nel rispetto delle prescrizioni normative, a pagamento accessorio, specificandone i costi ed il funzionamento;
- se esistono progetti di controllo della qualità;
- documento dettagliato reso a disposizione dell'utenza contenente i diritti degli ospiti, criteri di tutela e relative modalità di verifica;
- se esistono comitati o commissioni interne alla struttura che analizzano i reclami e le segnalazioni di disservizio e quale ne sia l'iter procedurale e la composizione;
- i comportamenti da tenere (il rispetto delle regole, gli orari d'accesso ai servizi, etc.);
- le attività ricreative e non (animazione, laboratori, gruppi, proiezioni, gestione del culto, etc.);
- modalità di coinvolgimento dei volontari secondo le prescrizioni di legge attraverso lo strumento della convenzione;
- le "assistenti familiari (se richieste dall'utente), norme d'accesso a tutela dell'ospite e della struttura;
- indicazione della natura giuridica della struttura (A.S.L., I.P.A.B., ex I.P.A.B., religiosa, commerciale, etc.) nonché l'esistenza dei punti salienti dello statuto e dei regolamenti interni;
- i dati commerciali (sede legale, indirizzi, P. IVA, Codice fiscale, telefono e fax, indirizzo di posta elettronica, etc.).

Nella struttura deve essere esposto in modo centrale e ben visibile all'ingresso:

- l'orario di visita;
- l'orario settimanale di effettiva presenza medica (ove previsto) all'interno della struttura;
- uno schema di presenza di ciascuna professionalità impegnata nei vari turni giornalieri all'interno della struttura.

2. Progetto gestionale del servizio.

Il Progetto Gestionale del Servizio deve contenere:

- Descrizione destinatari
- Modalità di presa in carico
- Metodologia utilizzata
- Strumenti/metodologie per la rilevazione dei bisogni reali e potenziali degli ospiti
- Procedura di verifica e valutazione

- Modalità di trasmissibilità a garanzia della continuità progettuale
 - Orari apertura: giornalieri, settimanali, annuali
 - Schema turni operatori: (strutture residenziali, in ogni turno giornaliero, settimanale e mensile) (strutture diurne, in funzione delle attività giornaliere settimanali e articolazione nell'arco dell'anno)
 - Attività con relativa articolazione giornaliera, settimanale, annuale
 - Servizi generali
 - Risorse strutturali, strumentali e tecniche.
-
-

Allegato D

Modulo richiesta di accreditamento

Denominazione della struttura da accreditare

Bollo € 14,62

Alla Azienda Sanitaria Locale
Commissione di vigilanza sui presidi socio-sanitari

C.A.P.

e, p.c. Al Comune di Torino Divisione Servizi Sociali
Al Sig. Presidente
(denominazione Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali dell'area di riferimento territoriale)

C.A.P.

OGGETTO: istanza di accreditamento.

Il sottoscritto _____, nato a _____ (_____)
il _____, nella sua qualità di legale
rappresentante

_____ *denominazione del soggetto gestore (società; ente)*
con sede legale (_____) C.A.P.

a
in via _____, n. _____ Cod. fiscale _____
Partita IVA _____ Tel. _____ fax _____
e-mail _____

CHIEDE L'ACCREDITAMENTO

della _____ struttura
denominata _____
con sede a _____ (_____) C.A.P.
in via _____, n. _____
Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
per n. _____ posti letto di _____ Per soggetti _____

autorizzazione	tipologia				
transitoria rilasciata da	definitiva			n.	del
per n.	posti letto di			Per soggetti	
autorizzazione	tipologia				
transitoria rilasciata da	definitiva			n.	del
per n.	posti letto di			Per soggetti	
autorizzazione	tipologia				
transitoria rilasciata da	definitiva			n.	del

A tal fine dichiara che [1]:

- Relativamente all'autorizzazione sub condizione di cui al punto 23C per n. posti letto sopraindicati si impegna formalmente a presentare secondo modalità, criteri e termini indicati nel provvedimento:

- a) progetto definitivo di adeguamento ai requisiti strutturali;
- b) piano finanziario;
- c) cronoprogramma dell'intervento.

nella piena consapevolezza che il predetto intervento di adeguamento strutturale dovrà, comunque, concludersi entro mesi 48 dalla data di presentazione della presente istanza concernente requisiti, criteri e modalità per l'accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale e con il Soggetto Gestore delle funzioni Socio-Assistenziali delle strutture sociosanitarie pubbliche e private;

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 del *D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'*art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000* nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti per effetto del provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'*art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000*,

DICHIARA

1. di essere stato nominato Legale Rappresentante di codesta/o Società/Ente con atto/deliberazione n. del che allega in copia unitamente al documento valido di identità;

2. che nei suoi confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla *L. 575/65* ed indicate nell'*allegato 1 al D.Lgs. 490/94* (disposizioni antimafia);

3. che non sussiste alcun provvedimento giudiziario interdittivo legato all'esercizio della carica.

4. che lo scopo sociale della
(*società; ente*)

è specifico per la tipologia dell'attività da accreditare;

Relativamente all'allegato B alla deliberazione in questione dichiara altresì quanto segue:

5. che è stata adottata - ai sensi dei punti 1/M - 1/A - 1/D. dell'allegato B - la carta dei servizi o progetto di servizio contenente gli elementi caratterizzanti secondo quanto indicato nell' allegato C alla deliberazione che ha definito requisiti e criteri e modalità per l'accreditamento;

6. che in ordine ai punti 2/M - 2/A - 2/D dell'allegato B sussistono le seguenti

condizioni:

7. che la struttura rispetta le direttive e le indicazioni di cui ai punti 3/M - 3/A - 3/D dell'allegato B in materia di eliminazione di barriere architettoniche

8. in ordine ai punti 4/M - 4/A - 4/D dell'allegato B si impegna:

- a rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle parti datoriali e sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale dei lavoratori dipendenti o prestatori d'opera e delle leggi che regolamentano i rapporti di lavoro;
- a rispettare la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- a rispettare, in generale, le leggi e i regolamenti in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori;
- ad utilizzare personale con idonea qualifica professionale per ogni specifica mansione prevista per la tipologia di servizio per cui richiede l'accreditamento;
- a garantire la presenza di un responsabile di struttura secondo requisiti, criteri e tempi di cui alla Delib.G.R. 14 luglio 2008, n. 35-9199;
- a predisporre un piano annuale per l'aggiornamento professionale del personale;
- a garantire la copertura assicurativa per gli operatori per rischi di responsabilità civile e infortuni che comportino morte o invalidità permanente;
- a presentare il modello di organizzazione dell'equipe multidisciplinare per la realizzazione dei P.A.I. (chi ne fa parte, chi la coordina, le responsabilità, il luogo degli incontri, i tempi, il metodo di lavoro, gli strumenti, le verifiche del lavoro svolto);
- a presentare il documento con cui sono definiti gli strumenti di comunicazione con i parenti circa i livelli di responsabilità delle diverse figure professionali operanti all'interno della struttura;

9. che in merito ai punti 5/M - 5/A - 5/D dell'allegato B sussistono i seguenti coordinamenti con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio:

10. di impegnarsi ad adottare i progetti individualizzati di cui ai punti 6/M e 6/D dell'allegato B e a dare graduale applicazione - da concludersi entro il 1.07.2011 o secondo ulteriori indicazioni regionali - ai percorsi integrati di cura espressamente previsti al punto 6/A dell'Allegato E;

11. che la struttura è dotata di strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati secondo i principi previsti dai punti 7/M - 7/A - 7/D dell'allegato B;

12. d'impegnarsi al rispetto ed attuazione di quanto stabilito ai punti 8/M - 8/A - 8/D dell'Allegato B) in materia di ulteriori requisiti;

13. di impegnarsi a rispettare le norme in materia di privacy (*D.Lgs. 196/2003* e s.m.i.);

14. d'impegnarsi a comunicare, entro 15 giorni dall'evento, al Soggetto titolare delle funzioni di autorizzazione, vigilanza e accreditamento nonché al Soggetto Gestore delle funzioni socio-assistenziali dell'ambito territoriale di pertinenza ogni variazione

dei requisiti di accreditamento.

Luogo e data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B. [2] - Allegare alla presente copia fotostatica fronte retro di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità. La mancanza di tale documento comporta la non ammissibilità dell'istanza stessa.

L'Azienda Sanitaria cui è indirizzata la presente si riserva di richiedere, in qualsiasi momento, la documentazione che accerti la veridicità delle dichiarazioni qui sottoscritte.

Privacy - Informativa ai sensi dell' art. 13, D.Lgs. n. 196/2003

Ai sensi del *D.Lgs. n. 196/2003* i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dal provvedimento regionale per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione

[1] da compilarsi solo da chi è interessato.

[2] adempimento richiesto solo per gli Enti privati.

Allegato E

Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all'accoglienza

Nell'ambito delle Strutture Residenziali per non autosufficienti la *Delib.G.R. 30 marzo 2005, n. 18-15227* nel definire criteri e modalità di convenzionamento delle Strutture residenziali socio sanitarie per Anziani non autosufficienti con le ASL e gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, introduce il concetto di qualità.

In essa viene infatti richiesta la formale adesione delle strutture che intendono convenzionarsi con il sistema pubblico regionale ad intraprendere un percorso migliorativo orientato all'acquisizione di ulteriori requisiti di qualità dell'organizzazione, dell'assistenza e del servizio.

La stessa D.G.R. definisce, quali requisiti minimi di qualità, la stesura di protocolli sia sul versante igienico-ambientale che assistenziali rivolti al miglioramento della qualità dell'intervento.

Tali protocolli (previsti dall'all. C) restano praticamente autocertificati e non contengono indicatori di percorso e di risultato verificabili e quindi utilizzabili ai fini della valutazione della qualità, in definitiva hanno l'esclusivo compito di rappresentare del materiale documentale propedeutico al convenzionamento.

Da questo punto di vista occorre quindi procedere ad un salto di qualità nella normativa, che attraverso la determinazione degli standard per l'accreditamento istituzionale, sia in grado di assicurare livelli assistenziali omogenei ed orientati alla qualità delle prestazioni, pur nel rispetto delle peculiarità delle singole realtà.

I requisiti per l'accreditamento delle Residenze per Anziani non autosufficienti devono quindi comprendere, oltre la realizzazione di Piani Assistenziali Individualizzati a norma della *Delib.G.R. n. 42/2008 (PAI)*, anche Percorsi Integrati di Cura (PIC) e Protocolli standardizzati che permettano

a ogni singolo ospite di mantenere o raggiungere il miglior funzionamento possibile e desiderato (autodeterminazione) in alcuni ambiti qualificanti la qualità della vita in struttura.

I Percorsi Integrati di Cura individuati dal progetto AReSS 2008 sono essenzialmente tre e riguardano nello specifico le problematiche relative alla MOBILIZZAZIONE, la NUTRIZIONE ed la COGNITIVITÀ degli Anziani non autosufficienti, la cui rilevanza è testimoniata dalla premessa epidemiologica contenuta nella presentazione di ogni singolo percorso.

A tali PIC si aggiungono dei Protocolli di Attività relativi all'ACCOGLIENZA IN STRUTTURA e all'UMANIZZAZIONE DELLA PERMANENZA NELLE RESIDENZE la cui rilevanza, dal punto vista sociale, è più importante della meccanica realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici che, se sganciati dalla capacità di rapportarsi sempre e comunque a una "persona", hanno scarsa possibilità di approdare a buoni risultati.

Tali Percorsi integrati e protocolli di umanizzazione vanno realizzati ed applicati a cura della Equipe Interdisciplinare così come previsto dalla Delib.G.R. n. 42/2008.

Percorso mobilità

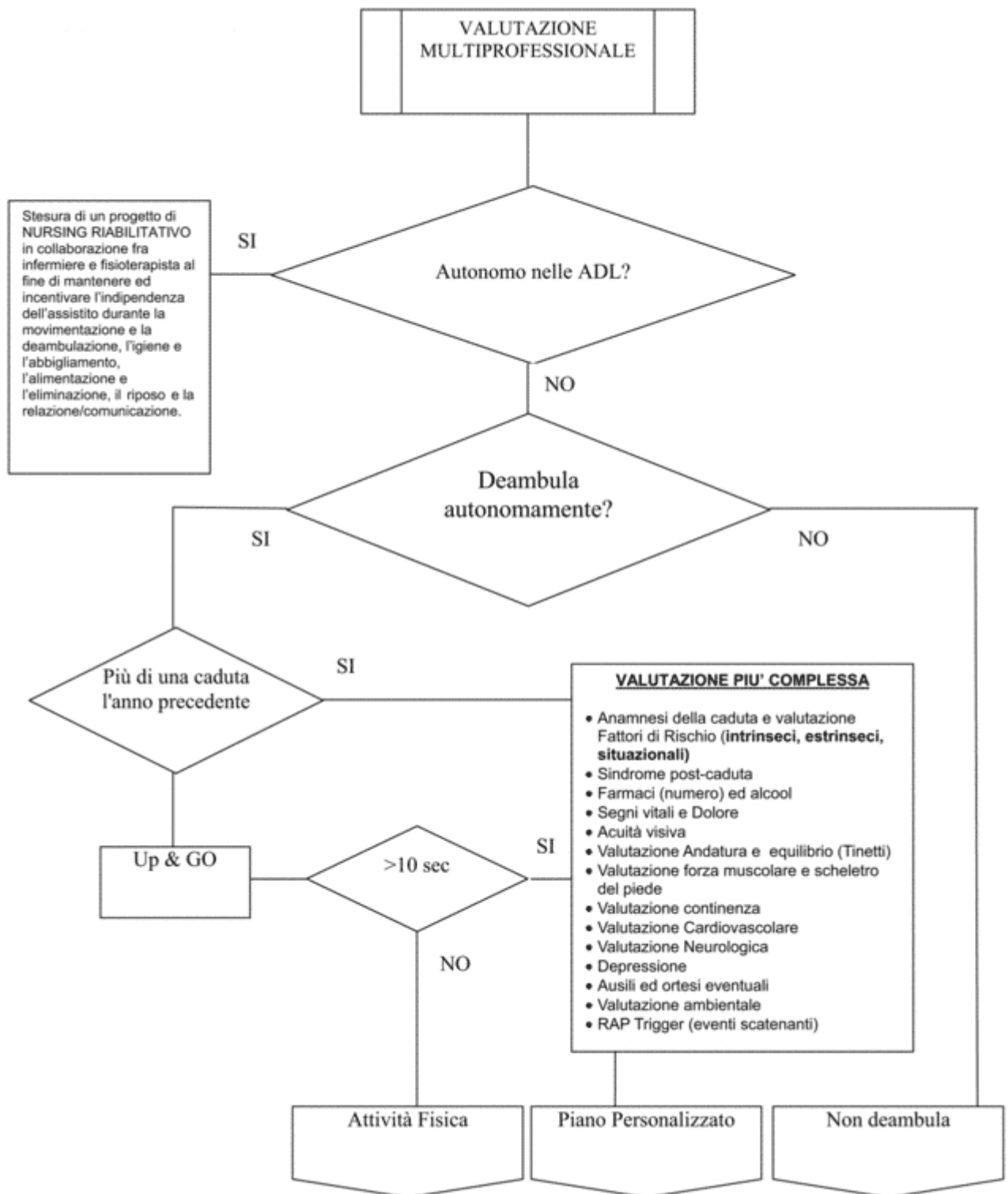
L'autonomia motoria è unitamente all'autonomia nella sfera cognitivo comportamentale è il cardine su cui si basa una accettabile qualità della vita.

Il primo passo verso la perdita di capacità di muoversi autonomamente è, quando non intervengo fatti acuti che determinano bruschi cambiamenti dello stato funzionale, la caduta accidentale. Tale evento suggerisce l'iniziale perdita di adattamento posturale, di forza muscolare di reattività neuromuscolare. Questo fenomeno è francamente frequente. È stata infatti rilevata una incidenza di 168,6/1000 persone anno di difetti del passo e tale incidenza cresce con l'avanzare dell'età mentre un largo studio tedesco ha rilevato 5,1/1000/die cadute nei residenti in strutture residenziali.

Se non contrastata questa tendenza al deterioramento multi sistemico, di cui la caduta accidentale è una spia, determina una più ampia perdita di autonomia e di mobilità e può condurre alla sindrome da immobilizzazione: immobilità, retrazione tendinea, rischio di deafferentazione e perdita cognitiva, perdita di massa muscolare, dimagrimento, lesioni da pressione. Queste ultime presentano un rischio relativo di morte rispetto a residenti in RSA esenti da lesioni di 1,92 ed hanno una prevalenza di 18% nei pazienti istituzionalizzati.

La mobilità degli ospiti non autosufficienti presenta aspetti complessi e necessita di un approccio multiforme costituito da un misto di misure strutturali di processo e di risultato. Da ciò consegue che un percorso di qualità non può prescindere da una organizzazione che preveda una stretta collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte.

FLOW CHART



Attività Fisica

- Deambulazione** (rieducazione al passo, deambulazione assistita, valutazione dell'eventuale ausilio e addestramento all'utilizzo)
- Chinesiterapia** (mobilizzazione passiva, attiva assistita, attiva, attiva con rinforzo)
- Chinesiterapia respiratoria**
- Ginnastica con attrezzi** (cyclette, pedaliera, ecc.)
- Massoterapia e terapia fisica**
- Allineamento Posturale** nel letto e **Controllo della Postura Seduta**

Attività di Riattivazione motoria

con figure specializzate (musicoterapista, geromotricista, laureato in scienze motorie) pianificate, coordinate e supervisionate dal personale riabilitativo

Consulenze riabilitative

- valutazione del livello di autonomia e indipendenza, ambiente, attrezzature, arredi e ausili
- stesura di protocolli relativi alla mobilizzazione del paziente
- addestramento all'utilizzo di ausili
- strategie relative allo svolgimento delle ADL

Counselling riabilitativo

rivolto al paziente, al personale di assistenza, al care-giver, ai familiari e ai volontari

RIVALUTAZIONE PERIODICA

Piano Personalizzato

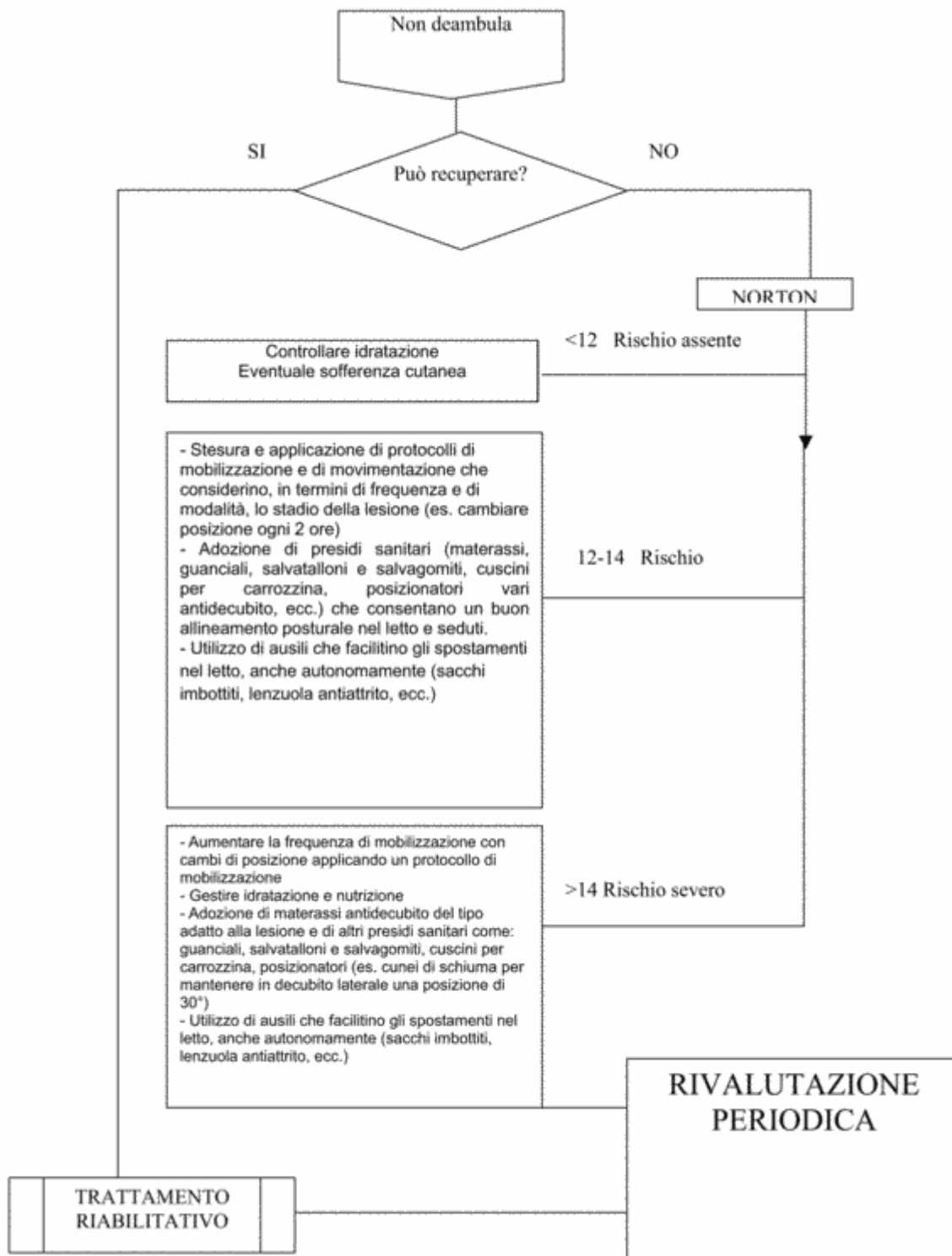
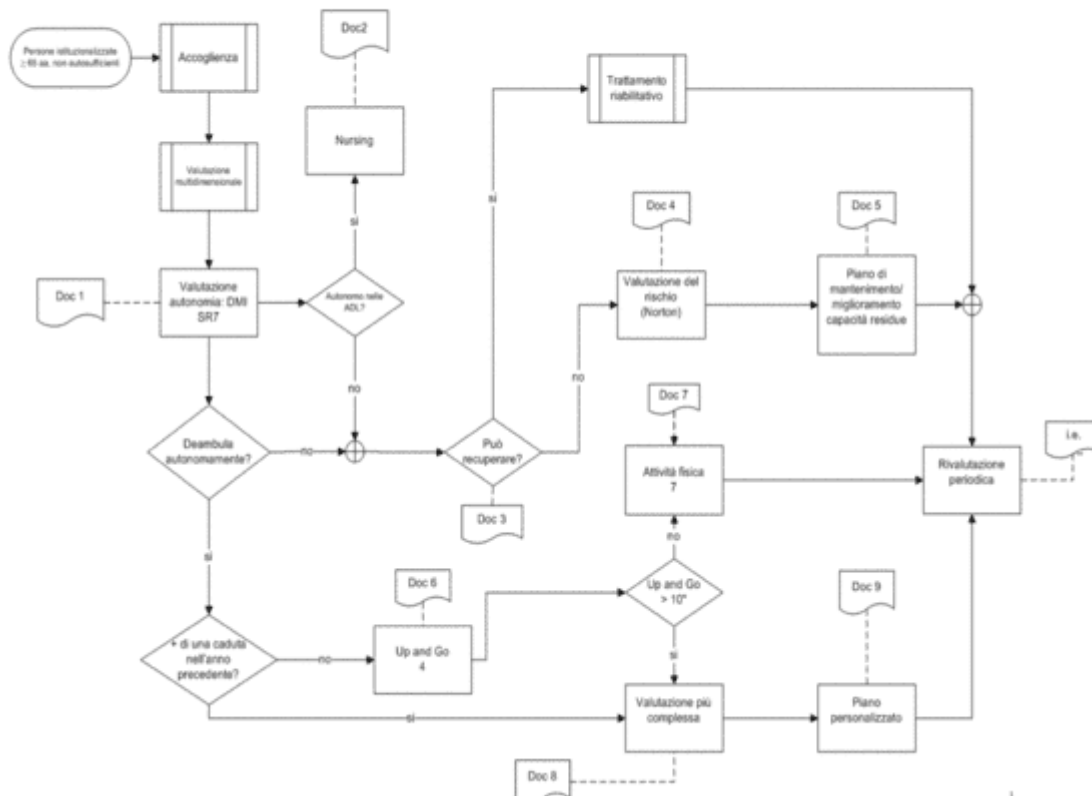


DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO MOBILITÀ



FASE 1

Valutazione multiprofessionale

- Storia Clinica: Permette di conoscere il paziente e di mettersi rapidamente in intima relazione presupposto per gli atti medici a seguire e per un buon rapporto medico paziente;
- CIRS: indica lo stato di complessità clinica del paziente e permette di discriminare situazioni di maggiore o minore severità è correlata con il rischio di morte e di evento, permette inoltre di introdurre un elemento prognostico nella valutazione globale del paziente e della sua aderenza al percorso;
- ADL / IADL: fornisce informazioni su autonomia di base e strumentale punto di partenza per pianificare gli obiettivi da raggiungere;
- SPMSQ: la conoscenza dello stato cognitivo del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA;
- GDS Short: la conoscenza dello stato dell'umore del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA;
- Valutazione Fisioterapica: consente il recupero/mantenimento delle capacità residue. Ottimizza l'utilizzo di ausili ed indirizza alla precoce mobilitazione;
- Bisogni di Cura: setting infermieristico, relazione infermiere paziente;

Valutazione globale destrutturata che tenga conto dei dati derivanti dalla valutazione multiprofessionale (competenza muscolare, prognosi, capacità cognitive, ...).

FASE 1

DOCUMENTO 1

Utilizzo obbligato ma autonomo di carrozzella

(SR7)

Questo è uno dei Criteri relativi dell'Indice Medico di Non Autosufficienza o Dependence Medical Index (DMI di Fabris F. e Coll.).

Descrive la possibilità di utilizzo autonomo di ausili.

Identifica soggetti non deambulanti ma con stato cognitivo, relazionale, prassico integri.

Possono essere inclusi in questa categoria paraplegici traumatici, fratturati di femore non operabili, Neuropatici periferici o centrali, monoarto, ...)

Tali soggetti si giovano di programmi motori differenziati e programmi ludico ricreativi simili ai soggetti deambulanti.

FASE 2

DOCUMENTO 2

Nursing Riabilitativo

Stesura di un progetto di NURSING RIABILITATIVO in collaborazione fra infermiere e fisioterapista al fine di mantenere ed incentivare l'indipendenza dell'assistito durante la movimentazione e la deambulazione, l'igiene e l'abbigliamento, l'alimentazione e l'eliminazione, il riposo e la relazione/comunicazione.

Tale progetto si basa sulla valutazione delle abilità motorie e psichiche del soggetto preso in carico, sulla osservazione periodica del mantenimento delle stesse e sull'immediato intervento riabilitativo in caso di perdita di tali abilità.

Il nursing si attua attraverso la stesura di protocolli relativi a strategie di facilitazione per svolgere le attività di vita quotidiana e adozione di adeguati ausili.

Per una corretta applicazione del nursing, possono essere necessari adattamenti ambientali e specifica formazione del personale sanitario e assistenziale.

FASE 2

DOCUMENTO 3

Può recuperare?

Valutazione globale destrutturata che tenga conto dei dati derivanti dalla valutazione multi professionale:

- prognosi (Storia clinica, CIRS, diagnostica specifica)
- capacità cognitive (SPMSQ)
- Tono dell'umore e motivazione (GDS Short)
- Competenza neuro-muscolare (Valutazione FKT)
- Bisogni di cura

FASE 2

DOCUMENTO 4

Valutazione del rischio di lesioni da decubito (Norton Score)

condizioni fisiche	stato mentale	attività	mobilità	incontinenza			
Buone	1	vigile	1 cammina	1 autonoma	1	assente	1
Mediocri	2	apatico	2 cammina con aiuto	2 ridotta	2	saltuaria	2

Scadenti	3	confuso	3	sta seduto	3	molto limitata	3	abituale	3
Molto scadenti	4	incosciente	4	sta a letto	4	immobile	4	doppia	4
punteggio totale									

CLASSIFICAZIONE

> 16	alto rischio
16 - 12	medio rischio
< 12	basso rischio

La scala di Norton permette di identificare e misurare situazioni di rischio riguardo la formazione di piaghe da decubito.

Tale strumento è in grado di indirizzare l'azione preventiva e terapeutica.

FASE 4

DOCUMENTO 5

Piano di mantenimento integrità cutanea e capacità residue in relazione al rischio di lesioni da pressione

- Norton = 15-16 (Rischio assente)
- Controllare idratazione cutanea e eventuali segni di sofferenza cutanea (I stadio)
- Eventuale ipoessia
- Norton = 12-14 (Rischio lieve-moderato)
- Cambiare posizione circa ogni 2 ore, usare una agenda scritta
- Stesura e applicazione di protocolli di mobilizzazione e di movimentazione che considerino, in termini di frequenza e di modalità, lo stadio della lesione
- Adozione di presidi sanitari (materassi, guanciali, cuscini per carrozzina, posizionatori, ecc.)
- Posturazione (es.: usare cuscini e materassi antidecubito e cunei di schiuma per mantenere in decubito laterale una posizione di 30°; sedute basculanti, ausili ergonomici)
- Utilizzo di ausili che facilitino gli spostamenti nel letto, anche autonomamente (sacchi imbottiti, lenzuola antiattrito, ecc.)
- Proteggere i talloni,
- Norton < 12 (Rischio Elevato)
- Aumentare la frequenza di mobilizzazione con piccoli cambi di posizione,
- Usare Materassi antidec. ad aria a pressione alternata,
- Gestire idratazione, nutrizione e postura
- Adozione di presidi sanitari (materassi, guanciali, cuscini per carrozzina, posizionatori, ecc.)
- Posturazione (es.: usare cuscini e materassi antidecubito e cunei di schiuma per mantenere in decubito laterale una posizione di 30°; sedute basculanti, ausili ergonomici)

FASE 5

DOCUMENTO 6

Up & GO

L'Up&Go test serve per valutare il rischio di caduta di un paziente che non sia caduto durante l'anno precedente. In quest'ultimo caso il rischio di caduta è di per se presente.

Si effettua:

- Si pone il paziente su di una sedia senza braccioli

- Lo si invita ad alzarsi camminare per 3 metri
- Fermarsi e tornare in dietro
- Risedersi sulla sedia.

Se tutta l'operazione si svolge in meno di 10 secondi non si ha rischio di caduta altrimenti il rischio è presente

FASE 6

DOCUMENTO 7

Programma di attività fisica

Valutazione: Dolore (eventuale antidolorifico 2 h prima); Fatica (adattare i percorsi); Mobilità (superfici, articolari); Deficit sensoriale (piede, balance, calzature)

Deambulazione (rieducazione al passo, deambulazione assistita, valutazione dell'eventuale ausilio e addestramento all'utilizzo)

Ginnastica con attrezzi (cyclette, pedaliera).

Allineamento Posturale nel letto e **Controllo della Postura Seduta**

Attività di Riattivazione motoria

con figure specializzate (musicoterapista, geromotricista, animatori) pianificate, coordinate e supervisionate dal personale riabilitativo

Consulenze riabilitative

- valutazione ambiente, attrezzature, arredi e ausili (valutarne la tipologia)
- stesura di protocolli relativi alla mobilitazione del paziente
- addestramento all'utilizzo di ausili
- strategie relative allo svolgimento delle ADL

Counselling riabilitativo, educazione sanitaria

rivolto al paziente, al personale di assistenza, al care-giver, ai familiari e ai volontari.

FASE 7

DOCUMENTO 8

Check List per una valutazione più complessa volta ad identificare il problema all'origine della caduta e del disturbo di deambulazione

- Anamnesi della caduta e valutazione Fattori di Rischio
- Sindrome post-caduta
- Farmaci (numero) ed alcool
- Segni vitali e Dolore
- Acuità visiva
- Valutazione Andatura e equilibrio (Tinetti)
- Valutazione forza muscolare e scheletro del piede
- Valutazione continenza
- Valutazione Cardiovascolare
- Valutazione Neurologica
- Depressione
- Ausili ed ortesi eventuali
- Valutazione ambientale
- RAP Trigger (eventi scatenanti)

OBIETTIVO: INDIRIZZARE AD UNA AZIONE SPECIFICA OVE POSSIBILE

FASE 8

DOCUMENTO 9

Piano personalizzato

- Programma di indicazione, manutenzione e valutazione ausili da personale competente in ambito fisioterapico ed in ambito ergonomico
- Migliorare l'illuminazione, la superficie dove si cammina, scarpe
- Stilare un protocollo di mobilitazione
- Altri rischi ambientali
- Allenamento al passo
- Allenamento all'equilibrio
- Rivedere prescrizioni farmacologiche
- Ridurre numero e dosi di farmaci
- Trattamento Disautonomie (primitive e secondarie) Ipotensione ortostatica, postprandiale
- Trattamento cardiovascolare
- Trattamento problemi visivi

FASE 10

Rivalutazione periodica

Rivalutazione multidimensionale con frequenza almeno semestrale o secondo modificazione del quadro clinico.

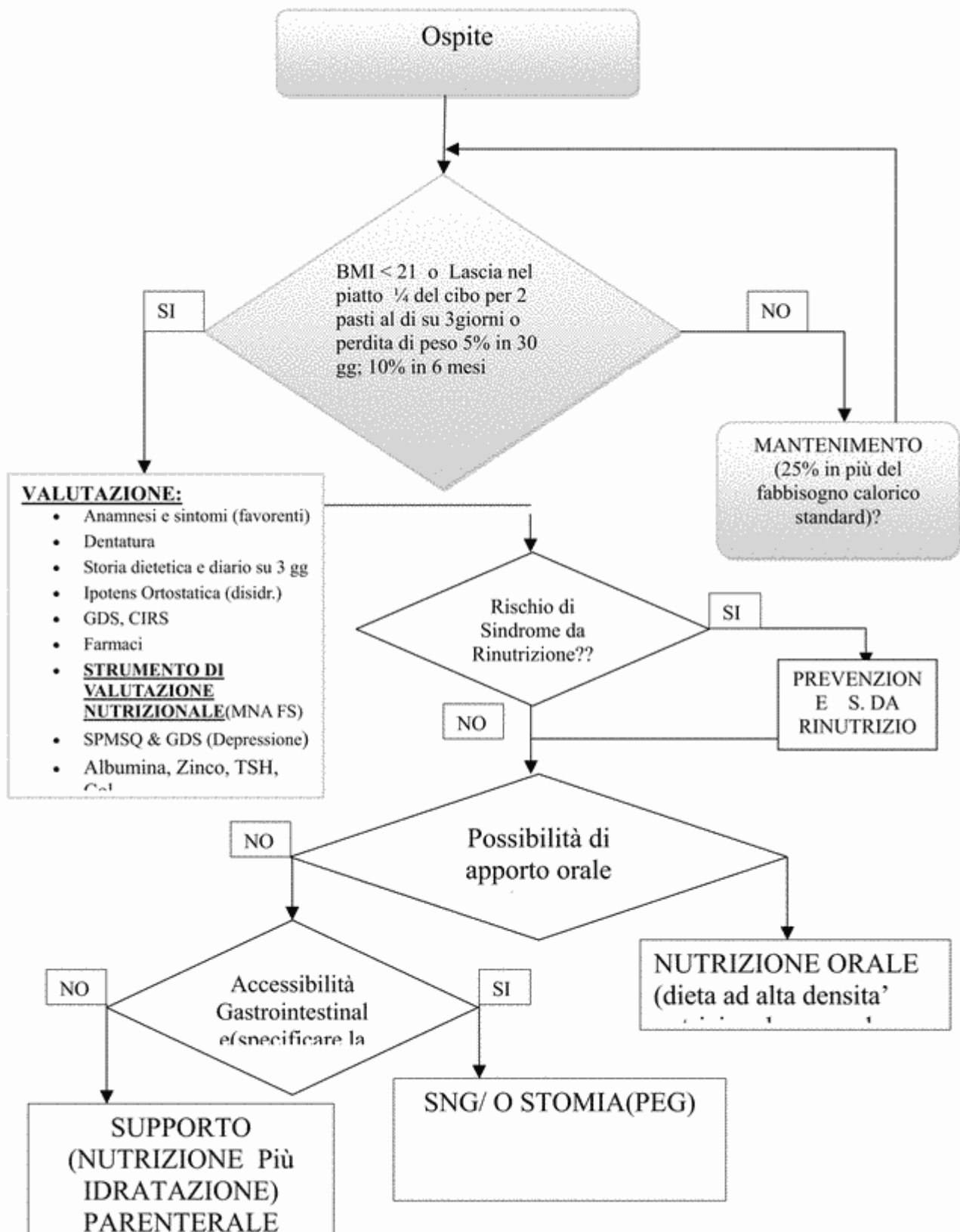
Percorso nutrizione

La fragilità, intesa come sarcopenia, iporessia, ipomobilità e la flogosi cronica a carico del muscolo striato è una sindrome che quando instaurata si auto mantiene e tende a peggiorare. La fragilità inoltre può essere associata ad un aumento di mortalità fino a 5 volte rispetto alla popolazione non fragile. Elemento centrale di questo quadro sindromico è l'iporessia, che va dalla iponutrizione più franca a quegli stati di subdolo rallentamento dell'alimentazione che determina a lungo andare una franca malnutrizione. La modalità di attacco di questa grave sindrome è sorvegliare l'alimentazione e prevenire stati mal nutrizionali adattando l'apporto nutrizionale alle esigenze dell'ospite.

La prevalenza del problema nelle strutture residenziali è alta, una recente review ha evidenziato che un basso BMI era presente dal 10 al 50% dei soggetti ed una albuminemia sotto i 3,5g/dl si trovava dal 2 al 41%. Una valutazione con MNA ha rivelato una prevalenza di malnutrizione fino a 38% degli ospiti ed una prevalenza di rischio di malnutrizione fino al 62%. Uno studio effettuato valutando l'apporto nutrizionale in 52 Nursing homes ha mostra che anche nel caso di pazienti che mangiano tutti i giorni e con peso stabile lungo l'arco dello studio il riscontro di un apporto proteico calorico insufficiente è molto frequente.

I dati rilevabili in Piemonte non si discostano da questi. Rilievi recenti in una RSA torinese hanno mostrato che all'MNA il 46% degli ospiti erano francamente malnutriti mentre il 38% erano a rischio di malnutrizione. Questo stato presentava una netta associazione sull'autonomia rilevata con ADL di Katz (RR=1,44; p=0,029). Dati di questa entità implicano necessariamente un intervento riorganizzativo e strutturale che identifichi la malnutrizione come rischio di estremo rilievo e come priorità di azione.

FLOW CHART



NUTRIZIONE ORALE

- Tosse, Rigurgito nasale o orale
- Dolore alla masticazione o deglutizione
- Sensazione di ingombro meccanico
- fascicolazioni lingua, raucedine
- dolore toracico atipico, bronchiti frequenti

DISFAGIA

SI

CURA DELLE CAUSE

NO

UTILIZZO PRESIDI: ADDENSANTI;
PASTI PERSONALIZZATI

Organizzare
3 pasti e
3 snack / die

STRUMENTI OPERATIVI:

- Aumentare fino al 100% del fabbisogno (30-35 cal/Kg/gg)
- Proteine 1,5-2 gr/Kg/gg
- 50% Carbo; 25%Lipidi; 25% Proteine
- Micronutrienti e vitamine fino a 10 volte il fabbisogno
- Acqua: 30-35ml per Kg
- Preferenze
- Limitare le restrizioni dietetiche
- Aumentare la sapidità ed il condimento
- Fornire cibi da mangiare con "le dita"
- Attività fisica per aumentare l'appetito

Sufficienti

SI

NO

SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI

- Guadagno di peso
- Riduzione della mortalità
- Somministrare **fra** i pasti
non **ai** pasti

FARMACI

- Anabolizzanti
(megestrol,
testosterone, acth)

NUTRIZIONISTA

Rivalutazione periodica

**SNG/PEG
O TUBO DIGIUNALE**

La PEG può essere usata 4 ore dopo l'inserzione
Può essere usata a boli o continuativamente secondo
preferenze del paziente

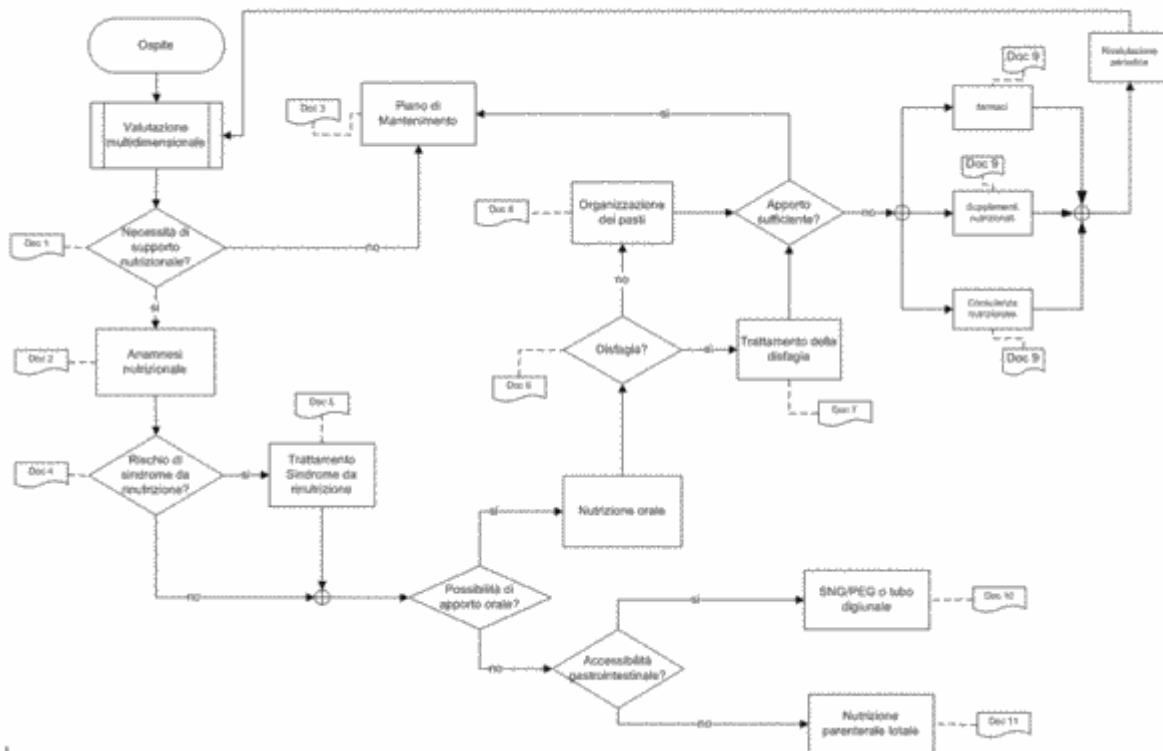
**NUTRIZIONE
PARENTERALE
TOTALE**

CVC-> somministrazione h24
Periferica-> Somministrazione ciclica

Nelle prime 24 h solo 50% del fabbisogno
Aggiungere sempre micronutrienti e vitaminici

DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO NUTRIZIONE

Percorso Nutrizione



FASE 1

Valutazione multiprofessionale

- Storia Clinica: Permette di conoscere il paziente e di mettersi rapidamente in intima relazione presupposto per gli atti medici a seguire e per un buon rapporto medico paziente;
- CIRS: indica lo stato di complessità clinica del paziente e permette di discriminare situazioni di maggiore o minore severità è correlata con il rischio di morte e di evento, permette inoltre di introdurre un elemento prognostico nella valutazione globale del paziente e della sua aderenza al percorso;
- ADL / IADL: fornisce informazioni su autonomia di base e strumentale punto di partenza per pianificare gli obiettivi da raggiungere;
- SPMSQ: la conoscenza dello stato cognitivo del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA;
- GDS Short: la conoscenza dello stato dell'umore del paziente può indirizzare scelte terapeutiche in ragione della compliance alle attività proposte nel PDTA;
- Valutazione FKT: consente il recupero/mantenimento delle capacità residue. Ottimizza l'utilizzo di ausili ed indirizza alla precoce mobilitazione;
- Bisogni di Cura: setting infermieristico relazione infermiere paziente.

Può recuperare? valutazione globale destrutturata che tenga conto dei dati derivanti dalla valutazione multiprofessionale (competenza muscolare, prognosi, capacità cognitive, ...).

SNODO DECISIONALE 1

DOCUMENTO 1

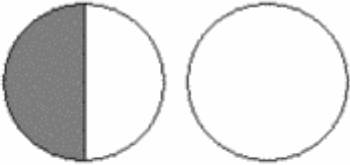
Condizioni che indicano necessita' di supporto nutrizionale

- BMI < 21 o
- Lascia nel piatto ¼ del cibo per 2 pasti al di su una settimana o

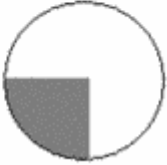
- perdita di peso 5% in 30 gg o
- 10% in 6 mesi

ESEMPIO DI COME CALCOLARE UN QUARTO DEL PASTO

SE PRIMO E SECONDO:



SE PIATTO UNICO:



Scheda Controllo alimentare

Mese

SCHEMA Controllo Alimentare Mese:

Paziente	Mese																																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						

P= Pranzo C=Cena Se il paziente lascia più della quarta parte del pasto mettere una crocetta nella casella corrispondente

FASE 2

Anamnesi nutrizionale

- Anamnesi e sintomi (favorenti)
- Dentatura
- Storia dietetica e diario su 6 gg
- Ipotensione Ortostatica

DOCUMENTO 2

- Farmaci
- **MNA** (Mini Nutritional Assessment)
- GDS (Depressione)
- Albumina, TSH, Colesterolemia

(disidratazione)

FASE 2 Piano di mantenimento

DOCUMENTO 3

Allo scopo di mantenere il peso ed in considerazione della tendenza della persona anziana alla perdita di massa magra:

25% in più del fabbisogno calorico standard!

SNODO DECISIONALE DOCUMENTO 4 Definizione del rischio di sindrome da rinutrizione

Rischio per la presenza di uno dei seguenti:

- BMI <16
- Perdita di peso >15% negli ultimi 3-6 mesi
- Ipo-anoressia per almeno 10 giorni
- Bassi potassio e/o fosfati e/o magnesio
- ...o presenza di almeno 2 dei seguenti:
- BMI <18,5
- Perdita di peso >10% negli ultimi 3-6 mesi
- Ipo-anoressia per almeno 5 giorni
- Etilismo, insulina, chemioterapia antiacidi diuretici

FASE 3 DOCUMENTO 5 Precauzioni in caso di rischio di sindrome di rinutrizione

Iniziare con 10Kcal/Kg/die aumentare lentamente fino a raggiungere il massimo in 4 - 7 giorni
Ripristinare il volume circolante
vit B1 200-300 mg, complessi B per bocca o vena alla massima dose da subito
Supplementare altre vitamine e micronutrienti 1 volta al di
Potassio 2-4 mmol/kg/die), fosfato (fabbisogno 0.3-0.6 mmol/kg/die) e magnesio
0.2 mmol/kg/die endovenosa, 0.4 mmol/kg/die orale)

Condizioni che identificano la presenza di disfagia

- Tosse, Rigurgito nasale o orale
- Sensazione di ingombro meccanico
- Fascicolazioni lingua, raucedine
- Dolore toracico atipico

FASE 3

DOCUMENTO 7

Presenza di disfagia

Trattamento delle cause di disfagia

Utilizzo di presidi (addensanti, pasti frullati)

FASE 3

DOCUMENTO 8

Organizzazione dei pasti

- 3 pasti e 3 snack al di
- Aumentare fino al 100% del fabbisogno (30-35 cal/Kg/gg)
- Proteine 1,5-2 gr/Kg/gg
- 50% Carbo; 25%Lipidi; 25% Proteine
- Micronutrienti e vitamine fino a 10 volte il fabbisogno
- Acqua: 30-35ml per Kg
- Preferenze
- Limitare le restrizioni dietetiche
- Aumentare la sapidità ed il condimento
- Fornire cibi da mangiare con “le dita”
- Attività fisica per aumentare l’appetito

FASE 3

DOCUMENTO 9

Supplementi nutrizionali e consulenza nutrizionista e farmaci

- Supplementi nutrizionali da somministrare fra i pasti e non ai pasti dopo consulenza nutrizionista

FARMACI

- Megestrol,
- Testosterone,
- ACTH

FASE 3

DOCUMENTO 10

SNG/PEG o Tubo digiunale

- La PEG può essere usata 4 ore dopo l’inserzione
- Può essere usata a boli o continuativamente secondo preferenze del paziente

Nutrizione parenterale totale

- CVC-> somministrazione h24
 - Periferica-> Somministrazione ciclica
 - Nelle prime 24 h solo 50% del fabbisogno
 - Aggiungere sempre micronutrienti e vitaminici
-
-

Percorso cognitivà

Una delle maggior cause di istituzionalizzazione è il deterioramento cognitivo ed i disturbi comportamentali ad esso associati.

La prevalenza di demenza in NH è alta e varia dal 38% al 75 % fino anche al 90% nelle strutture più sanitarizzate che operano in continuità con un ospedale. Tali strutture selezionano pazienti tendenzialmente più complessi.

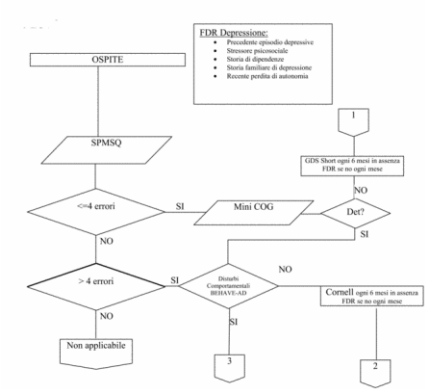
Variamente associati ai disturbi cognitivi insistono nella pratica quotidiana nelle RSA i disturbi del tono dell'umore. Anche in questo caso la dimensione del problema è notevole. La prevalenza infatti di sintomatologia depressiva si aggira intorno al 50% degli ospiti. Talvolta per la presentazione atipica nel paziente anziano la depressione risulta misconosciuta e trattata solo nel 23% dei casi. Ciò può influire sia sull'alimentazione che sulla mobilità innescando importanti conseguenze di ordine sistemico.

Altro sintomo neuropsichico frequente negli anziani istituzionalizzati è l'ansia che è presente nel 30% circa della popolazione di nostro interesse. L'ansia nel paziente anziano si manifesta spesso con cenesopatie e sintomi di spostamento, e ciò contribuisce non poco ad incrementare la sua complessità clinica.

Nel corso degli anni non è cambiato il motivo profondo che conduce all'istituzionalizzazione del paziente con disturbi psico-comportamentali. La difficoltà nel gestire il paziente, la perdita di possibilità comunicative, la sensazione di "essere in trappola" determinano la decisione di ricorrere all'istituto. Le stesse istanze sono presenti anche nel personale di RSA che presenta alti tassi di burn out e di turn over.

Ciò costituisce un elemento critico sia per il personale stesso che per gli ospiti che non vedono garantite una continuità di "care" ed una stabilità delle relazioni interpersonali all'interno di quel "nucleo di convivenza che è la struttura". Da tutto ciò si rende evidente la necessità di ottenere dallo stato dell'arte della letteratura scientifica raccomandazioni a supporto delle azioni da svolgere che permettano di migliorare la qualità dell'assistenza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

FLOW CHART



1

Aspetti cognitivi da presidiare:

Orientamento: personale e spazio-temporale

Memoria: capacità di registrare, ritenere e richiamare informazioni

Attenzione: selezione e concentrazione sugli stimoli

Pensiero: capacità di organizzare e comunicare i contenuti della propria ideazione

Linguaggio: comprensione e espressione di messaggi

Abilità prassiche: capacità di dirigere e coordinare movimenti

Funzioni esecutive: capacità di astrazione, pianificazione, sequenziazione logica e utilizzo di feedback per guidare la performance.

Attività ludico ricreative, attività geragogiche, mobilità

2

UVA per terapia farmacologica

Versante cognitivo

Modesti effetti AntiCh se non nel Parkinson demenza o nella LEWY

Demenza Severa Memantina non nella demenza vascolare

Versante comportamentale

Valut eventi stressanti (Clinici; relazionali; ...)

Atipsicotici di prima generazione

BDZ solo se ansia (se no cadute, peggioramento cognitivo, ... / lorazepam, oxazepam)

Depressione

Preferire SSRI

Insonnia

Se altre tecniche hanno fallito trazodone e zolpidem

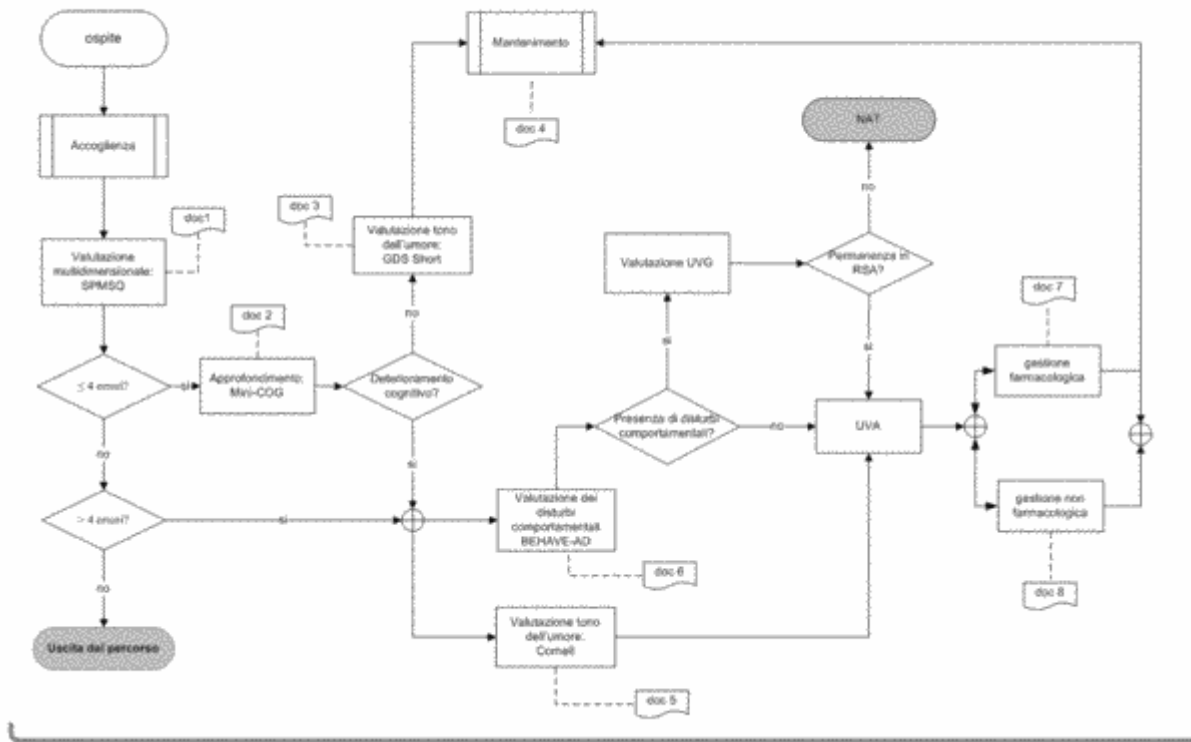
IN NH OCCORRE SOSPENDERE PSICOLETTICI PER QUALCHE TEMPO E POI RIPRENDERE

Terapie non farmacologiche



DIAGRAMMA DI FLUSSO PERCORSO COGNITIVITÀ

Percorso cognitiv  e disturbi psico-comportamentali



FASE 1

DOCUMENTO 1

**Dalla valutazione multidimensionale:
SPMSQ**

S.P.M.S.Q.

(Short Portable Mental Status Questionnaire)

- 1 Che giorno   oggi (giorno, mese,anno)?
- 2 Che giorno della settimana?
- 3 Quale   il nome di questo posto?
- 4 Quale   il suo numero di telefono?
- 5 Quanti anni ha?
- 6 Quando   nato?
- 7 Chi   l'attuale Papa?
- 8 Chi era il precedente Papa
- 9 Quale era il nome di sua madre prima di sposarsi?
- 10 Faccia "20-3" e ora -3 fino a 2

- 0-2 errori: assenza di deterioramento
- 3-4 errori deterioramento lieve
- 5-7 errori: deterioramento moderato
- 8-10 errori: deterioramento grave

FASE 2

DOCUMENTO 2

Approfondimento: MINI_COG

Il test viene utilizzato come screening per il deterioramento cognitivo:

- viene utilizzata la ripetizione di tre termini simili foneticamente e semanticamente distanti (casa pane gatto) fino alla memorizzazione degli stessi (ripetizione per 6 volte)
- viene fatto successivamente disegnare il quadrante di un orologio con le cifre relative alle ore e le lancette alle 11.10
- infine si richiede di ripetere i 3 termini.

Se il paziente non ricorda i tre termini o non esegue correttamente il disegno il test è positivo per deterioramento cognitivo.

FASE 2

DOCUMENTO 3

Valutazione del tono dell'umore

Fattori di Rischio di Depressione:

- Precedente episodio depressivo
- Stress psicosociale (Es. lutto)
- Storia di dipendenza
- Storia familiare di depressione
- Recente perdita di autonomia

GDS-Short

FASE 2

DOCUMENTO 4/11

Mantenimento delle capacità cognitive da presidiare:

Orientamento: personale e spazio-temporale

Memoria: capacità di registrare, ritenere e richiamare informazioni

Attenzione: selezione e concentrazione sugli stimoli

Pensiero: capacità di organizzare e comunicare i contenuti della propria ideazione

Linguaggio: comprensione e espressione di messaggi

Abilità prassiche: capacità di dirigere e coordinare movimenti

Funzioni esecutive: capacità di astrazione, pianificazione, sequenziazione logica e utilizzo di feedback per guidare la performance.

Attività ludico ricreative, Attività geragogiche,

Mobilità

FASE 2

DOCUMENTO 5

Valutazione del tono dell'umore nel paziente cognitivamente deteriorato

Scala di cornell per la depressione nella demenza

Alterazioni del tono dell'umore

1. Ansia (espressione ansiosa, ruminazione, inquietudine)
2. Tristezza (espressione triste, voce triste al limite del pianto)
3. Mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli
4. Irritabilità (facilmente irritabile, in collera, annoiato)

Disturbi comportamentali

5. Agitazione (impazienza, movimento nervoso delle mani)
6. Rallentamento motorio/movimenti rallentati, discorso rallentato, reazioni lente)

7. Lamento di molteplici disturbi fisici (segnare 0 in presenza di soli sintomi gastrointestinali)
8. Perdita di interessi (minore partecipazione alle attività usuali) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)

Segni fisici

9. Diminuzione dell'appetito (mangia meno del solito)
10. Perdita di peso (segnare se la perdita di peso è superiore a 2 kg in meno di un mese)
11. Mancanza di energia (si stanca facilmente, è incapace di sostenere una attività) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)

Funzioni cicliche

12. Variazioni del tono dell'umore durante la giornata (sintomi più intensi al mattino)
13. Difficoltà ad addormentarsi (si addormenta più tardi rispetto al solito)
14. Numerosi risvegli notturni
15. Precoce risveglio mattutino (risveglio precoce rispetto al solito)

Disturbi ideativi

16. Suicidio (sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta, desiderio di suicidio, tentato suicidio)
17. Bassa autostima (autoaccusa, diminuzione della stima di sé, sentimento di fallimento)
18. Pessimismo (si attende il peggio)
19. Deliri relativi all'umore (idee deliranti di rovina, di malattia, di abbandono)

Per ogni item:

NA = non applicabile **0** = Assente **1** = Lieve/moderato **2** = Grave

FASE 3

DOCUMENTO 6

Valutazione disturbi comportamentali

Behave-Ad scala dei disturbi comportamentali nella malattia di alzheimer (per ogni item 1= presenza della condizione)

Parte 1 - Sintomatologia

IDEAZIONE DELIRANTE E PARANOIDE

“Qualcuno mi ruba le cose”: deliri

assenti

deliri che qualcuno nasconda gli oggetti

deliri che qualcuno entri in casa e nasconda gli oggetti

interloquire con persone che si pensa siano entrate in casa

“La mia casa non è casa mia”: deliri

assente

convinzione che il posto in cui si vive non sia la propria casa (per es. fare le valigie per tornare a casa; mentre è in casa dire

“portatemi a casa”)

tentare di lasciare il domicilio per tornare a casa

violenza in risposta ai tentativi di limitare forzatamente l'uscita

“Il coniuge (o altri caregivers) è un bugiardo”

assente

convinzione che il coniuge (o un altro caregiver) sia un bugiardo

ira contro il coniuge (o un altro caregiver) che si ritiene sia un bugiardo

violenza contro il coniuge (o un altro caregiver) che si ritiene essere un bugiardo

“Deliri di abbandono” (per es. essere istituzionalizzato)

assenti

sospetto che il caregiver progetti di abbandonare o di istituzionalizzare il paziente
accusa di progettare l'abbandono o l'istituzionalizzazione
imminente o immediato abbandono o istituzionalizzazione

“Deliri di infedeltà”

assenti

convinzione che il coniuge e/o i figli, e/o altri caregivers siano infedeli
rabbia nei confronti del coniuge, dei parenti o di altri caregivers per la loro infedeltà
violenza nei confronti del coniuge, dei parenti o di altri caregivers per la loro presunta infedeltà

“Sospettosità/paranoia” (altro rispetto ai precedenti)

assente

sospettosità (per es. nascondere degli oggetti che successivamente non si trovano più)
paranoia (per es. convinzioni fisse riguardo alla sospettosità e/o rabbia come risultato della sospettosità)

violenza come risultato della sospettosità

Deliri (altro rispetto a quanto sopra)

assenti

idee deliranti

manifestazioni emotive verbalmente espresse come risultato di deliri

azioni fisiche o violente come risultato di deliri

ALLUCINAZIONI

Allucinazioni visive

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiare visioni di oggetti o persone (per es. vedere altre persone a tavola)

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Allucinazioni acustiche

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Allucinazioni olfattive

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Allucinazioni tattili

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

Altre allucinazioni

assenti

indistinte: non chiaramente definite

chiaramente definite

azioni fisiche o verbali o risposte emotive alle allucinazioni

DISTURBI DELL'ATTIVITÀ

Wandering

assente

presente ma non tale da richiedere limitazioni della libertà di movimento (es. chiudere le porte)

limitazioni della libertà di movimento

risposte emotive o fisiche verbalmente espresse successive ai tentativi di prevenire il wandering

Attività afinalistiche (abulia cognitiva)

assente

ripetizione di attività afinalistiche (per es. aprire e chiudere il portafogli, fare e disfare le valigie,

vestirsi e svestirsi, aprire e chiudere

cassetti, ripetere insistentemente richieste e domande)

camminare o altre attività afinalistiche che richiedono limitazione della libertà di movimento

abrasioni o danni fisici come risultato di tali attività

Attività inappropriate

assente

attività inappropriata (per es. accumulare o nascondere oggetti in posti inappropriati come gettare i vestiti nella spazzatura o

mettere i piatti vuoti nel forno; comportamenti sessuali inappropriati come esibizionismo)

presente e tale da richiedere limitazioni

presente e accompagnato da ira e violenza se frenato

AGGRESSIVITÀ

Comportamento verbale clamoroso

assente

presente (compreso uso non abituale di linguaggio scurrile o offensivo)

presente e accompagnato da ira

presente e accompagnato da ira contro altre persone

Aggressività fisica e/o violenza

assente

comportamenti minacciosi

violenza fisica

violenza fisica accompagnata da veemenza

Agitazione

assente

presente

presente con componente emotiva

presente con componente emotiva e fisica

DISTURBI DEL CICLO DIURNO

Disturbi del sonno e della veglia

assenti

continui risvegli notturni

mantenimento del 50-75% del normale periodo di sonno notturno

completa sovversione del ciclo sonno-veglia (per es. meno del 50% del normale periodo di sonno notturno mantenuto)

DISTURBI AFFETTIVI

Piagnucolosità

assente

presente

presente ed accompagnata da chiara componente affettiva

presente ed accompagnata da componenti fisiche ed affettive (per es. contorcersi le mani ed altri gesti di disperazione)

Depressione

assente

presente (per es. dichiarazione occasionale “vorrei essere morto” senza chiare componenti affettive)

presente con chiare componenti affettive (per es. pensieri di morte)

presente con componenti fisiche ed emotive (per es. tentativi di suicidio)

ANSIE E FOBIE

Ansia rispetto agli eventi futuri (sindrome di Godot)

assente

presente: ripetute richieste e/o altre attività che riguardano impegni od eventi attesi

presente e disturbante per il caregiver

presente ed intollerabile per il caregiver

Altre manifestazioni d'ansia

assenti

presenti

presenti e disturbanti per il caregiver

presenti ed intollerabili per il caregiver

Paura di essere lasciato solo

assente

presente: la paura di essere lasciato solo è solo esternata

manifestata e tale da richiedere un intervento specifico da parte del caregiver

manifestata e tale da richiedere che il paziente sia sempre accompagnato

Altre fobie

assenti

presenti

presenti e di portata tale da richiedere un intervento specifico da parte del caregiver

presenti e tali da richiedere una prevenzione delle attività del paziente

PUNTEGGIO TOTALE SINTOMATOLOGIA /75

Parte 1 - Disagio Psicico globale

Valutazione del caregiver sulla gravità dei sintomi

non arrecano danno alla persona che assiste o non sono pericolosi per il paziente sono lievemente disturbanti per la persona che assiste o pericolosi per il paziente sono moderatamente disturbanti per la persona che assiste o pericolosi per il paziente sono gravemente disturbanti per la persona che assiste o pericolosi per il paziente

PUNTEGGIO VALUTAZIONE GLOBALE DEL CAREGIVER /3

FASE 5

DOCUMENTO 7

Gestione farmacologica

Versante cognitivo

Modesti effetti AntiCh se non nel Parkinson demenza o nella LEWY

Demenza Severa Memantina non nella demenza vascolare

Versante comportamentale

Valut eventi stressanti (Clinici; relazionali) Atipsicotici di prima generazione

BDZ solo se ansia (se no cadute, peggioramento cognitivo/ lorazepam, oxazepam)

Depressione

Preferire SSRI

Insonnia

Se altre tecniche hanno fallito trazodone e zolpidem

IN NH OCCORRE SOSPENDERE PSICOLETTICI PER QUALCHE TEMPO E POI RIPRENDERE

FASE 5

DOCUMENTO 8

Terapie non farmacologiche e dei disturbi comportamentali

- Evitare fattori scatenanti (fame, sete, caldo, freddo, dolore, vista, udito, defecazione, minzione)
 - Tecniche di comunicazione (Verbale e Non verbale)
 - Musica personalizzata
 - Aromaterapia
 - Contatti sociali
 - Terapia della reminescenza
 - Terapia "Occupazionale"
 - Pet therapy
 - Coinvolgimento più attivo delle persone care.
 - Terapia comportamentale
 - Attività Ricreazionali (bambole, giochi)
 - Passeggiate, Att. Fisica
 - Area di camminamento con confini minimizzati (giardino alzheimer)
 - Light therapy
-
-

Protocollo per l'accoglienza dell'anziano in R.S.A.

Premessa.

L'accoglienza di un anziano in casa di riposo è una fase di fondamentale importanza. Rappresenta l'incontro e la conoscenza tra la struttura e l'anziano con la sua famiglia e **si configura come un momento di cambiamento estremamente delicato, che investe la loro quotidianità sotto il profilo sia organizzativo che psicologico-relazionale.**

Il familiare, nella maggior parte dei casi, impossibilitato nella gestione al domicilio del proprio congiunto anziano e malato, si trova costretto a prendere la difficile decisione di inserirlo in casa di riposo. Per l'anziano stesso, l'inserimento in struttura, che implica lasciare la propria famiglia, i propri affetti, le proprie abitudini, rappresenta un cambiamento radicale della propria esistenza: è un grande trauma.

Si rende necessario, pertanto, monitorare con attenzione questa fase con procedure codificate poiché ad essa è legato il buon esito del processo di inserimento ed integrazione dell'individuo nel nuovo ambiente. A tal fine, Tutto il personale della RSA, dunque, deve essere pronto e preparato ad accogliere l'anziano, spesso dipendente in molte attività della vita quotidiana, e la sua famiglia.

Particolarmente delicati risultano i primi contatti che possono trasmettere all'anziano e ai parenti rassicurazione oppure incertezza e ansia. L'accoglienza dunque si configura come un percorso di presa in "cura" globale della persona da parte della RSA, garantendo una corretta modulazione dell'assistenza e degli interventi erogati sui bisogni reali della persona e coerentemente con gli obiettivi specifici di mantenimento o recupero della sua condizione sanitaria e delle sue funzioni nonché di sviluppo delle potenzialità socio-relazionali.

L'articolazione del protocollo di accoglienza prevede principalmente quattro fasi:

- 1) Colloquio pre-accoglienza dei parenti per la visita della struttura e per la raccolta di dati sull'anziano.
 - 2) Visita pre-ingresso al domicilio (o nel luogo in cui si trova l'anziano) nelle fasi che precedono l'ingresso in casa di riposo.
 - 3) Accoglienza vera e propria il giorno d'ingresso dell'anziano in R.S.A.
 - 4) L'orientamento e l'osservazione dell'anziano nei primi 20 giorni di permanenza in R.S.A.
-

1. Colloquio di Pre-Accoglienza dei parenti

Azione:

colloquio che si effettua al momento della effettiva disponibilità del posto in RSA.

Eseguita da:

personale con competenze socio-assistenziali e/o psicologiche.

Rivolta a:

familiari, care-givers, rappresentanti legali, anziani stessi qualora se ne verifichi la possibilità.

Con finalità di:

- Raccogliere le prime informazioni per la migliore accoglienza possibile dell'anziano (aspetti sanitari, cognitivi, sociali, psicologici, hobby, abitudini e storia di vita)
- Fornire informazioni sulla casa di riposo, i servizi erogati, documenti e materiale necessario per l'ingresso.
- Definire forme e modalità di pagamento, illustrando modalità e percorsi per eventuali forme di integrazione da parte dei servizi sociali.
- Verificare il livello di consapevolezza che l'anziano ha rispetto al suo prossimo ingresso in casa di riposo; richiedere che l'anziano non venga accompagnato in casa di riposo passivamente o con l'inganno e concordare le modalità di comunicazione più adatte alla situazione; accogliere i vissuti della famiglia e dell'anziano rispetto a tale scelta fornendo un primo spazio di ascolto e di elaborazione di tale scelta.
- Fare visitare gli ambienti in cui l'anziano verrà accolto (spazi privati e spazi comuni).
- Stabilire la data in cui verrà svolta la visita pre-ingresso, spiegandone le motivazioni.
- Adempiere ad una serie di attività burocratiche necessarie per l'accoglienza in struttura (di seguito specificate).
- Invitare l'anziano, ove possibile, ad una visita della struttura prima dell'ingresso ufficiale.

Documenti da utilizzare a supporto:

- carta dei servizi o suo estratto
 - regolamento
 - contratto di ospitalità
 - elenco indumenti/biancheria consigliati per ingresso con contrassegno di lavanderia indicato
 - scheda regionale D.G.R. 17 inerente ingresso
 - eventuale scheda predisposta dalla struttura inerente i dati ritenuti più significativi
 - scheda registrazione del colloquio
-

2. Visita a domicilio pre ingresso

Azione:

visita all'anziano al domicilio o nel contesto in cui si trova prima dell'ingresso in RSA, da effettuarsi, **se le condizioni di salute non risultano particolarmente compromesse, alcuni giorni prima del suo effettivo**

ingresso.

La visita, salvo impedimenti di ordine logistico-organizzativo, dovrebbe essere un passaggio obbligato, una modalità sistematica di operare, strutturata secondo i passaggi sotto indicati.

Eseguita da:

personale con competenze socio-assistenziali e/o psicologiche che ha svolto il colloquio pre-ingresso; OSS che ricoprirà il ruolo di tutor; eventuale personale sanitario (direttore sanitario o infermiere professionale) a seconda della necessità di raccogliere, prima dell'ingresso, ulteriori informazioni relative alla condizione sanitaria dell'anziano altrimenti non reperibili.

Rivolta a:

anziano.

Con finalità di:

- aumentare la conoscenza dell'anziano futuro ospite della struttura, del suo contesto familiare, relazionale ed abitativo, al fine di personalizzare maggiormente l'accoglienza ed i servizi erogati
- verificare le informazioni fornite durante la fase di pre-colloquio rispetto ad abitudini, aspetti cognitivi, sociali, psicologici, di mobilità preservata nel contesto in cui si trova.
- verificare il grado di consapevolezza rispetto all'ingresso in casa di riposo da parte dell'anziano compatibilmente con il suo stato cognitivo;
- stabilire un rapporto empatico con l'anziano;
- fornire informazioni dirette all'anziano sulla vita in struttura;
- accogliere ansie e preoccupazioni ove emergano, rassicurare rispetto a quanto avverrà nel prossimo futuro;
- stabilire la data dell'ingresso in struttura;
- perfezionare eventuali pratiche burocratiche ove necessario (firma di documenti lasciati in lettura durante la fase di pre-colloquio).

Documenti da utilizzare a supporto:

- scheda visita domiciliare, in cui gli obiettivi di osservazione e relazione vengono discussi prima della visita dagli operatori che la effettueranno dividendosi i compiti e che verrà poi compilata al rientro in casa di riposo.
- Progetto U.V.G.

In situazioni di particolare lontananza del domicilio dell'anziano dalla casa di riposo in cui si deve recare (distanza superiore ai 60 km), è possibile derogare alla visita cercando però di recuperare tutti gli elementi possibili di conoscenza nella fase precedente e successiva.

Qualora per le difficoltà di cui si è parlato sopra, non sia possibile la realizzazione di questa pratica, l'inevitabile povertà delle informazioni che il personale avrà a sua disposizione e le ripercussioni a livello relazionale che ne derivano andranno prese in considerazione al momento dell'accoglienza vera e propria in struttura e nei periodi successivi, elaborando strategie compensative e di maggior attenzione alla persona.

Si reputa necessaria la visita pre ingresso anche per gli anziani con uno stato cognitivo gravemente compromesso, perché l'obiettivo di tale pratica non consiste nello stabilire un rapporto di tipo esclusivamente intellettuale ma anche rapporti empatici con l'anziano e di conoscenza ed osservazione del suo ambiente di riferimento

3. Accoglienza il giorno d'ingresso dell'anziano in R.S.A.

Azione:

l'anziano viene accolto all'ingresso della casa di riposo, gli viene dato il benvenuto ed accompagnato a visitare la sua stanza. L'O.S.S. tutor lo aiuta a sistemare la sua biancheria insieme a familiari. Gli viene offerto un caffè o una bibita. In relazione ad una valutazione dello stato cognitivo ed emotivo dell'anziano e in relazione alle sue richieste, si procederà a presentargli eventuali compagni di camera e il restante personale in turno, ad accompagnarlo nella visita dei locali comuni indicandogli il posto momentaneamente assegnatogli a tavola. Il direttore sanitario aprirà la parte sanitaria della sua cartella ed effettuerà la visita necessaria. Il parente sarà accompagnato in segreteria per gli adempimenti necessari all'ingresso.

Eseguita da:

équipe di operatori che ha effettuato la visita domiciliare e il direttore sanitario.

Rivolta a:

anziano e suoi familiari.

Con finalità di:

- accompagnare l'anziano nel nuovo contesto abitativo e relazionale
- assicurare l'anziano e i familiari, accogliendo stati emotivi che accompagnano questo momento
- permettere l'espletamento delle pratiche necessarie al momento dell'ingresso in casa di riposo

Documenti da utilizzare a supporto:

- Diario individuale per annotare l'avvenuto ingresso, aspetti emotivi che l'hanno accompagnato, relative nuove informazioni (data ultima evacuazione, ausili che la persona ha portato con sé, biancheria mancante etc.)
 - Sezione della cartella multiprofessionale relativa alla condizione sanitaria dell'anziano.
-
-

4. L'orientamento e l'osservazione dell'anziano nei primi 20 giorni di permanenza in R.S.A. (2).

Azione:

in relazione alle informazioni raccolte nelle tre fasi precedenti, si struttura una prima ipotesi di servizio da erogare all'anziano per rispondere alle sue specifiche esigenze. Si accompagnano l'anziano ed i suoi familiari alla guida nella fruizione dei servizi presenti cercando di individuare con loro quali sono le risposte e le soluzioni che meglio si adattano alle esigenze dell'anziano (orari, attività di animazione, compagni di tavola etc..). In questa fase è necessario approfondire la conoscenza del nuovo ospite e dettagliare il suo profilo sia sotto il profilo sanitario che relazionale.

Inizia così la “presa in cura” da parte di tutta l'équipe multidisciplinare, con la condivisione delle informazioni a disposizione fino a questo momento sull'anziano e la verifica delle sue condizioni di salute e funzionali, da realizzare attraverso l'esecuzione di una valutazione multidimensionale e di test vari ai fini dell'elaborazione del PAI, il quale verrà stilato alla fine del periodo di osservazione.

Eseguita da:

tutto il personale, équipe multidisciplinare.

Rivolta a:

anziano e suoi caregivers.

Con finalità di:

- Affiancare il percorso di adattamento al cambiamento di vita in corso, favorendolo e supportandolo
- individuare le migliori risposte ai bisogni specifici dell'anziano tentando di preservare e potenziare al massimo le autonomie

Documenti da utilizzare a supporto:

- scheda di osservazione regione D.G.R. 17
- diario individuale
- schede altri percorsi

Aspetto da presidiare: Tutela della Privacy

Tutte le informazioni raccolte o prodotte sull'ospite durante tutte le fasi della sua permanenza in struttura vanno trattate come sensibili. Devono essere accessibili agli operatori della R.S.A. e conservate in modo da garantirne la (3)

CONCLUSIONI

L'attuazione del protocollo sopra descritto richiede un notevole sforzo organizzativo e gestionale da parte delle RSA.

In esso vengono tuttavia indicati gli elementi essenziali del protocollo di accoglienza, così come emergono dalla letteratura di riferimento.

(2) Il presente punto è indicato erroneamente, nel Bollettino Ufficiale, come punto 3.

(3) Il presente capoverso risulta riportato, nel Bollettino Ufficiale, col testo incompleto.

Scheda visita pre-ingresso

Scarica il file

Questionario

Scarica il file

Protocollo per l'umanizzazione della vita in struttura residenziale.

Premessa

Le strutture residenziali socio sanitarie per anziani non autosufficienti devono sforzarsi di coniugare i tempi ed i ritmi della persona\ospite con i tempi ed i ritmi imposti dalle proprie esigenze organizzative, ovvero ricercare di coniugare la complessità dell'organizzazione con la personalizzazione degli interventi rivolti ad ogni anziano.

A questo scopo vengono sotto indicati alcuni grandi capitoli inerenti la vita in struttura che rappresentano quattro ambiti di intervento essenziali per il diritto all'autodeterminazione della persona ospite in RSA.

- 1) Orari di vita.
 - 2) Partecipazione alle decisioni delle attività da svolgere, persone cui stare vicino, animazione, menu, organizzazione degli spazi comuni.
 - 3) Autodeterminazione dell'anziano relativamente ad interventi sanitari ed interventi riabilitativi.
 - 4) Autodeterminazione dell'anziano rispetto alle uscite dalla struttura.
-

1. Orari di vita

Azione:

definizione con ogni singolo anziano (o care-giver qualora la persona sia cognitivamente compromessa e non in grado di esprimere preferenze) di orari di vita (orari alzata, accompagnamento a letto, pasti, presenza di amici e parenti...) il più possibile vicini alle sue abitudini e richieste.

Eseguita da:

- personale che ha compiuto il pre-colloquio e la visita pre ingresso nella prima fase dell'accoglienza
- case manger del Pai nelle fasi successive.

Rivolta a:

anziano o care-giver.

Con finalità di:

- Personalizzare il più possibile l'assistenza ricercando il massimo grado di controllo sulla situazione da parte dell'anziano.
- Non snaturare i ritmi delle persone.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Piano di lavoro individualizzato per quell'anziano delle diverse figure.
- Schede Pai.

Considerata la complessità della coniugazione di tempi collettivi con tempi personali si suggerisce almeno l'individuazione di fasce orarie all'interno delle quali il singolo anziano possa scegliere quando richiedere il servizio desiderato.

Si raccomanda comunque che tali fasce orarie non prevedano alzate mattutine prima della 6 del mattino, messe a letto serali prima delle 20, colazioni dopo le 9, pranzi prima delle 12 e cene prima delle 18.

Sarà possibile rispondere ad eventuali richieste individuali in diversa direzione previa annotazione scritta in cartella firmata dall'anziano stesso e/o dal suo familiare.

Richieste estemporanee di variazione di orario saranno naturalmente possibili in relazione alle capacità del sistema di rispondervi e con annotazione sul diario individuale giornaliero ogni volta che si verificano.

2. Partecipazione alle decisioni delle attività da svolgere, persone cui stare vicino, menu, organizzazione degli spazi comuni

Azione:

definizione periodica con gruppi di anziani delle attività da programmare in RSA, del menù, della gestione degli spazi comuni e dei tempi di fruizione. Consultazione periodica dei care-givers.

Eseguita da:

- Figura professionale individuata dalla struttura per monitorare la qualità dei servizi erogati in collaborazione con l'animatore e con il supporto della direzione.

Rivolta a: anziani e care-givers.

Con finalità di:

- Realizzare attività che interessano e stimolano i gruppi di anziani che si susseguono nel tempo.
- Permettere all'anziano di mantenere il controllo sul suo contesto ambientale seppur con modalità di partecipazione collettiva.
- Flessibilizzare il servizio per rispondere alle reali esigenze manifestate dagli anziani.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Questionari per il rilevamento della soddisfazione del servizio
 - Verbali di riunioni di gruppo degli anziani.
-

3. Autodeterminazione dell'anziano relativo ad interventi sanitari ed interventi riabilitativi

Azione:

colloquio del medico curante volto all'informazione dell'intervento sanitario e terapeutico messo in atto con richiesta di consenso da parte dell'anziano non completamente cognitivamente compromesso e/o con il legale rappresentante o il familiare qualora l'anziano non sia in grado di comprendere quanto comunicato.

Eseguita da:

medico curante con supporto eventuale di Direttore Sanitario o Terapista della riabilitazione.

Rivolta a:

anziani, rappresentanti legali, familiari.

Con finalità di:

Rispetto del diritto delle persone di essere informate dei trattamenti sanitari in atto.

Documenti da utilizzare a supporto

Cartella multiprofessionale

4. Autodeterminazione dell'anziano rispetto alle uscite dalla struttura.

Azione:

permettere all'anziano in grado di farlo di uscire liberamente da solo dalla struttura raccogliendone la volontà.

Eseguita da: Direttore Sanitario, Personale della struttura.

Rivolta a:

anziano anche disabile ma in grado di uscire dalla struttura da solo e di ritornarvi.

Con finalità di:

Rispettare la libertà della persona e il diritto alla autodeterminazione.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Modulo di registrazione della volontà dell'anziano.
 - Valutazione sanitaria.
-
-

Protocollo per le dimissioni dalle RSA.**Premessa.**

La legge di riforma dell'assistenza sociale (*L. 328/2000 e L.R. n. 1/2004*) indica tra i suoi principi la valorizzazione delle responsabilità familiari puntando sul reinserimento o mantenimento dell'anziano al proprio domicilio.

Ciò deve far considerare la possibilità di dimissioni con maggior attenzione e con un'ottica diversa da quella che ha caratterizzato fin ora le varie forme di dimissione dalle strutture.

Secondo le normative vigenti, le Residenze Assistenziali non dovrebbero infatti più rappresentare l'alternativa ai servizi territoriali domiciliari, bensì dovrebbero configurarsi come parte integrante della rete dei servizi garantendo risposte sempre più flessibili ed adattabili al continuo modificarsi dei bisogni degli utenti.

Nelle Residenze Assistenziali possono essere accolti anziani sia in forma permanente che temporanea.

Tra i ricoveri temporanei, oltre a quelli richiesti per varie forme di riabilitazione, esistono oggi quelli di sollievo, per aiutare e sostenere le famiglie che quotidianamente si prendono cura di anziani non autosufficienti, i ricoveri temporanei e post-degenza (continuità assistenziali).

Il termine "dimissione" acquista pertanto un significato con valenze multiple in ragione del motivo che ha portato al ricovero, mutando le aspettative e i vissuti che ad esso si accompagnano.

La "dimissione" deve quindi rappresentare la continuazione di un processo assistenziale e, nel progettartela, devono essere presi in considerazione tutti gli elementi che consentono di conoscere il più esattamente possibile la situazione ambientale, familiare, socio-assistenziale della persona che viene dimessa al fine di garantire, attraverso un servizio di rete territoriale, la continuità dell'intervento avviato in struttura.

Le fasi che scandiscono il protocollo sono così rappresentate:

- 1) Potenziamento del lavoro per il rientro al domicilio.
 - 2) Trasferimento ad altre strutture.
 - 3) Accompagnamento alla morte.
-
-

1. Potenziamento del lavoro per il rientro al domicilio**Azione:**

partecipare, con la rete dei servizi e le risorse individuali dell'anziano, alla realizzazione del maggior numero possibile di progetti individuali di rientro al domicilio.

Eseguita da:

équipe multiprofessionale, individuando preferibilmente il case-manager in una figura con competenze socio-assistenziali in grado di tenere i contatti con il servizio eventualmente inviante, la rete dei servizi e le risorse familiari.

Rivolta a:

anziani con patologie stabilizzate.

Con finalità di:

- Realizzare, in un tempo definito, il miglior percorso riabilitativo e di cura possibile -rispetto alle risorse di una RSA - per permettere il rientro al domicilio.
- Consentire alla rete dei servizi e ai familiari di attivarsi per trovare soluzioni che permettano il rientro al domicilio dopo il verificarsi di un evento acuto improvviso che ha cambiato la condizione dell'anziano.
- Permettere alla rete di supporto dell'anziano di fruire di un periodo di sollievo dall'attività di assistenza.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Proposta dell'eventuale servizio inviante con indicazione del progetto e dei tempi previsti.
 - Pai predisposto nell'arco di 1 settimana dall'ingresso considerata la necessità di raggiungere gli obiettivi in un arco temporale spesso ridotto (30 -60 giorni).
 - Eventuali accordi con i servizi sanitari e sociali per ridurre i tempi per l'attivazione e fornitura di servizi ed ausili.
-

2. Trasferimento in altre strutture.**Azione:**

organizzazione del trasferimento dell'anziano con gli effetti personali, tutta la sua documentazione ed il piano assistenziale individuale presso struttura diversa da quella ospitante nei seguenti casi:

- su richiesta dell'anziano o della rete familiare;
- per decorrenza dei termini di ricovero a tempo determinato e/o impossibilità di rientro al domicilio e di ospitalità presso la struttura stessa;
- variazioni delle condizioni di salute certificate dal medico responsabile tali da rendere la struttura non più idonea ad assistere l'ospite;
- inadeguatezza della RSA a rispondere a nuove esigenze dell'anziano per motivazioni altre rispetto a quella indicata al punto precedente;
- adeguata informazione dell'anziano e dei care-givers ed ottenimento del consenso dell'anziano.

Qualora l'anziano non abbia nessuno ad accompagnarlo è necessario che la RSA organizzi il trasferimento, garantendo la presenza dell'OSS tutor durante il viaggio ed l'ingresso nella nuova sede.

Eseguita da:

Direttore Sanitario e Responsabile del personale OSS.

Rivolta a: anziano.

Con finalità di:

- garantire la continuità del processo assistenziale;
- ridurre la traumaticità del trasferimento e favorire il primo contatto con la nuova realtà ospitante.

Documenti da utilizzare a supporto:

- cartella multi professionale.
- PAI.
- Relazione sanitaria e socio-assistenziale

La nuova struttura deve far riferimento a quanto già stabilito per la fase di preaccoglienza e di accoglienza.

3. Accompagnamento alla morte.

Azione:

Le RSA devono dotarsi di percorsi di formazione ad hoc di tutto il personale (assistenziale, sanitario, medico, alberghiero, amministrativo) per sviluppare capacità e conoscenze che permettano di elaborare percorsi di

- accompagnamento alla morte dei loro anziani e dei loro familiari;
- supporto ai familiari al momento del decesso e nell'elaborazione del lutto.

Eseguita da:

i corsi di formazione devono essere condotti da personale con competenze specifiche di tipo clinico e socio-relazionale (psicologi, sociologi, medici...) e devono essere orientati altresì a promuovere presso gli operatori coinvolti momenti di riflessione su come si muore nella propria struttura per fare scaturire, per ogni figura professionale, indicazioni operative su come migliorare l'accompagnamento alla morte nel proprio contesto.

Rivolta a:

tutti gli operatori e collaboratori. Particolare importanza riveste il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale per attivare procedure inerenti l'utilizzo della medicina palliativa ed il ricorso o meno al ricovero ospedaliero nella fase terminale della vita.

Con finalità di:

- Aumentare il senso di competenza del personale e la sua capacità di prendersi cura del morente senza attivare strategie di fuga o di negazione.
- Migliorare la qualità della vita dell'anziano terminale.
- Diffondere l'utilizzo della medicina palliativa.
- Sostenere l'elaborazione del lutto da parte di tutti i soggetti vicino all'anziano.

Documenti da utilizzare a supporto:

- Materiale dei corsi di formazione.
 - Stesura di procedure e di indicazioni operative sull'accompagnamento realizzato nella propria struttura.
-