



REGIONE CAMPANIA

ASSESSORATO ALLA SANITÀ

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

**LINEE DI INDIRIZZO SULL'ASSISTENZA RESIDENZIALE,
SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI, DISABILI E CITTADINI AFFETTI
DA DEMENZA AI SENSI DELLA L.R. 22 APRILE 2003 N° 8**

Deliberazione n. 2006 del 5 novembre 2004

Bollettino Ufficiale della Regione Campania - Numero Speciale del 2 dicembre 2004

Disposizioni generali

La legge regionale n. 8 del 22 aprile 2003, articolo 1, stabilisce che le Residenze Sanitarie Assistenziali e i Centri Diurni concorrono, insieme all'assistenza domiciliare integrata e alle altre funzioni sociali e sanitarie, alla realizzazione, sul territorio regionale, della rete di servizi sociosanitari a favore delle persone anziane, dei cittadini affetti da demenza in condizione di fragilità e dei cittadini affetti da gravi disabilità.

Ai sensi degli artt. 16 e 24 della L.R. n. 8 del 2003 si procede ad emanare le linee di indirizzo per il funzionamento delle RRSSAA e delle Strutture semi residenziali nonché i criteri e modalità di accesso ad esse.

COMPOSIZIONE DEL DOCUMENTO

PARTE I I

Linee di indirizzo generali per l'accesso, la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e la presa in carico

PARTE II:

Linee di indirizzo per l'accesso, la fruizione e l'organizzazione delle RSA per anziani e cittadini affetti da demenza ai sensi della LR 22 Aprile 2003 n.8

PARTE III:

Linee di indirizzo per l'accesso, la fruizione e l'organizzazione delle RSA per disabili ai sensi dell'art. 24 comma 7 e art. 19 della LR 8 del 22 aprile 2003

PARTE IV:

Linee di indirizzo per l'accesso, la fruizione e l'organizzazione dei Centri Diurni per anziani e cittadini affetti da demenza e per cittadini disabili ai sensi della LR 22 Aprile 2003 n.8.

PARTE I

Linee di Indirizzo GENERALI per l'accesso, la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e la presa in carico

Premessa

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001-2003 individuano tra gli obiettivi prioritari la realizzazione di un sistema unitario di prestazioni socio-sanitarie per rispondere ai bisogni complessi del cittadino mediante la definizione di un progetto personalizzato. In questa prospettiva si collocano gli interventi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale attivati a conclusione di un percorso integrato di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari accreditati. La definizione delle procedure di accesso e di attivazione della rete è una delle condizioni a garanzia di tale obiettivo.

L'accesso unitario deve essere concertato tra A.S.L. e Comuni del rispettivo Ambito Territoriale e previsto all'interno dei Piani di Zona e dei Programmi Attuativi Territoriali.

Per accesso unitario si intende una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative distrettuali e Servizi Sociali dei Comuni di uno stesso Ambito territoriale. Tale funzione garantisce: l'accoglienza della domanda, la valutazione unitaria del bisogno, la predisposizione del progetto personalizzato e la presa in carico dell'utente nella rete dei servizi integrati di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

1. Procedure per l'accesso alla rete territoriale dei servizi sociosanitari

1.1 La Segnalazione

La richiesta di accesso ai servizi sociosanitari accreditati può essere effettuata dal diretto interessato oppure attraverso una segnalazione di uno dei componenti della rete informale del cittadino (familiare, parente, vicino o volontario). Essa deve essere rivolta ad uno dei nodi della rete formale territoriale (MMG/PLS, UOD, Segretariato Sociale dell'Ambito o Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza).

1.2 La proposta

Previa valutazione della segnalazione viene formulata la proposta di accesso per l'invio del caso alla UVI. Essa è formulata dal Medico (MMG PLS distrettuale o ospedaliero) oppure dell'operatore sociale individuato per tale funzione dal Comuni.

La proposta deve essere predisposta su supporto informatico e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socioambientale e relative a: condizioni abitative ed situazione familiare (nucleo di convivenza e di primo grado), rete familiare e sociale di supporto presente, situazione economica del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti. Se la proposta è presentata dall'operatore sociale dovrà necessariamente essere corredata da certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica, a supporto della richiesta;
- condizioni di autonomia ed autosufficienza, deambulazione ed eventuale "confinamento" (a letto, su sedia, o in casa), capacità relazionali;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (Mmg/Pls), specifiche unità operative distrettuali, servizio sociale).

2. L'attivazione della rete

2.1 L' Unità di Valutazione Integrata: valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso, è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino. Essa va effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sia sanitari che sociali di natura complessa.

Va istituita almeno una U.V.I. per ogni distretto sanitario di ASL, con sede presso uno degli enti competenti, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT, ed il suo funzionamento è definito da apposito regolamento predisposto in conformità alle direttive regionali.

Deve essere composta da tre figure fisse: medico della ASL, assistente sociale individuato dai Comuni dell'ambito territoriale, entrambi delegati alla autorizzazione ed alla spesa, e MMG / PLS dell'assistito in esame. Può essere integrata con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

Svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il *progetto socio-sanitario personalizzato*, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del *progetto personalizzato*.

La *valutazione multidimensionale* (VMD) deve avvalersi di strumenti idonei e/o standardizzati (per le schede e scale di valutazione sanitaria e sociale cfr.All. 1, 1 bis, 2), specifici e dove possibile scientificamente validati, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione quantitativa e qualitativa di:

bisogni reali e prioritari, (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative)

- obiettivi possibili
- interventi da adottare
- risorse da attivare
- regime prestazionale più appropriato da utilizzare.

Di norma la valutazione multidimensionale deve concludersi entro 20 gg. dalla proposta.

2.2 Il progetto personalizzato

L'U.V.I. elabora un progetto personalizzato che tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

Esso deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari;
- la tipologia, modalità ed livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento
- la sua durata:
 - a) *episodica* legata al tempo di stabilizzazione o recupero in seguito a condizioni morbose intercorrenti
 - b) *breve* legata a condizioni socioambientali non adeguate o ad impedimenti temporanei del nucleo parentale o per decompressione familiare: massimo 30 giorni;
 - c) *lunga* legata a situazioni sanitarie e socioambientali non altrimenti governabili.

L'U.V.I. è responsabile del progetto sociosanitario personalizzato e ne verifica l'attuazione, mediante "il responsabile della presa in carico" individuato, di norma nella persona del medico di medicina generale (che è il naturale referente sanitario dell'assistito e coordina comunque gli interventi sanitari del caso). Per motivate ragioni rispondenti ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative del territorio, il responsabile della presa in carico può essere individuato in altro dei componenti l'U.V.I.

L'operatore incaricato segue la realizzazione del *progetto personalizzato*, di cui è il garante. Egli rappresenta anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito e la sua famiglia e per gli operatori dell'équipe operativa multiprofessionale della struttura.

È quindi una figura di raccordo per l'équipe operativa, che garantisce l'integrazione, tiene le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata (senza cioè sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza), efficace ed efficiente, e verifica costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate e il conseguimento del livello di qualità prefissato.

Cura il rapporto con l'utente e la sua famiglia, fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale (caratteristiche, andamento ed eventuali riscontri), che deve essere pienamente condiviso,

al fine di attivare la massima collaborazione e raccogliere tutte le indicazioni utili o le richieste di aiuto e di supporto.

2.3 Il Piano Esecutivo del Progetto

All'interno del progetto personalizzato deve essere previsto il piano esecutivo, concordato con la struttura individuata per eseguire il ricovero o la prestazione, declinato in:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- disponibilità e quantità di presidi e materiali vari;
- durata complessiva del piano;
- strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post, con particolare attenzione:
 - alla valutazione periodica dei risultati
 - alla congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati
 - alla verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo.

PARTE II

LE RSA PER ANZIANI E PER CITTADINI AFFETTI DA DEMENZE (L. R. 22 APRILE 2003 N. 8)

1. Finalità e destinatari delle RSA per anziani non autosufficienti e cittadini affetti da demenze

1.1 Finalità

L'assistenza sociosanitaria integrata residenziale è erogata nelle RSA e persegue le seguenti finalità:

- a) Sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia, che non possa e abbia scelto di non continuare a vivere nel proprio domicilio, con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime residenziale in idonee strutture.
- b) Garantire modalità di intervento ed attività di animazione e socializzazione mirate al reinserimento, al recupero dell'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente, in coordinamento e in collegamento con gli altri servizi della rete ivi compresa la rete familiare, parentale ed affettiva della persona.
- c) Sviluppare una modalità d'intervento per progetti incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie;
- d) Sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza, recupero e risocializzazione.
- e) Fornire sollievo temporaneo ai familiari degli utenti dei servizi domiciliari integrati.

1.2 Destinatari

Nella R.S.A. possono essere accolte persone anziane ultrasessantacinquenni e/o persone affette da demenza, per le quali sussistono contemporaneamente i sottoelencati criteri di eleggibilità:

- perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, e rischio di instabilità clinica, tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socioambientali che non consentono la permanenza al domicilio, sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio, o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale, senza pregiudizio per lo stato di salute, o infine l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;
- necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

2. Procedure per l'accesso e la presa in carico.

2.1 La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'UVI, l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee di indirizzo generali.

2.2 Modalità e procedure di ricovero

In caso di decisione di ricovero in RSA, l'U.V.I. in raccordo con l'U.O.A. e in accordo con l'assistito, individua la struttura di destinazione, comunica l'eventuale lista di attesa e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.

- L'U.V.I. contatta il Direttore Responsabile della RSA prescelta, comunica allo stesso, al MMG dell'utente ed al Comune di residenza, modalità e data di ricovero e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.
- Al momento del ricovero, insieme ai primi dati della cartella clinica l'UVI fornisce il progetto sociosanitario personalizzato e definisce, in raccordo con la struttura, il piano esecutivo del progetto.
- La struttura che esegue il ricovero dà comunicazione "entro 24 ore" al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al distretto sanitario di residenza dell'utente dell'avvenuto ricovero e, se diverso, anche al Distretto in cui insiste la struttura.
- L'equipe operativa della struttura, nell'ambito degli obiettivi definiti dal progetto sociosanitario personalizzato e dal piano esecutivo, entro i primi trenta giorni dall'inserimento, di concerto con il MMG, segnala all'UVI eventuali problematiche insorte nel corso di questo primo periodo per eventuali revisioni del piano esecutivo stesso.

Il progetto sociosanitario e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della U.V.I. secondo i tempi e le modalità previste dallo stesso e, comunque, non oltre i tre mesi.

Il Responsabile della struttura, in collaborazione con i responsabili delle attività sanitarie e delle attività sociali della struttura, provvede a garantire un flusso costante di comunicazione con l'U.O. distrettuale, il MMG e i Servizi Sociali dell'Ambito territoriale per:

- Eventuali modifiche al piano esecutivo;
- Verifica dei risultati;
- Dimissioni o trasferimento a diverso luogo di cura;

Tutte le modifiche del piano esecutivo condotto all'interno della struttura vanno comunicate all'U.V.I., e all'assistito. Tutte le modifiche del piano comportanti effetti sul piano economico (frequenza degli accessi, livello di intensità assistenziale, durata della permanenza, dimissioni e trasferimenti, ecc.), vanno autorizzate dall'U.V.I. fatte salve situazioni di emergenza.

2.3 Criteri di riferimento per le ammissioni

Compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale, le strutture residenziali, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, ospitano nell'ordine:

- persone residenti nello stesso comune o circoscrizione,
- persone residenti nel distretto e ambito territoriale, in cui è ubicata la struttura;
- persone residenti altri ambiti o distretti dell'A.S.L. di appartenenza;
- persone residenti in A.S.L. diverse;

2.4 Le procedure per la dimissione

La data delle dimissioni è indicata nel progetto sociosanitario personalizzato e nel piano esecutivo. Eventuali prolungamenti del ricovero, su motivata proposta degli stessi soggetti che hanno facoltà di proporre il ricovero oltre che del Direttore della struttura, entro i dieci giorni precedenti la scadenza del periodo autorizzato, sono autorizzati dall'UVI attraverso una nuova valutazione. Nel caso il ricovero sia fruito in una RSA ubicata in un territorio diverso dalla residenza del cittadino, l'UVI del territorio in cui è ubicata la struttura effettua la valutazione e ne comunica l'esito a quella di residenza del cittadino, la quale provvede se necessario ad emettere la relativa autorizzazione.

La data di dimissione va comunicata all'assistito e alla famiglia almeno una settimana prima dell'evento.

3. Modalità organizzative

3.1 R. S. A. Moduli organizzativi

Le RSA sono organizzate in moduli di max 20 posti letto e possono contenere di norma fino ad un massimo di 3 moduli. Nei centri storici dei comuni capoluogo di provincia è ammessa, per una sola RSA, la possibilità di 4 moduli per max 80 posti.

L'organizzazione per moduli è orientata a garantire:

- assistenza mirata ai problemi
- migliore controllo dei disturbi comportamentali
- migliore qualità di vita degli altri ospiti
- funzione di attivazione della rete dei servizi
- maturazione e diffusione di cultura assistenziale qualificata

I requisiti strutturali delle RSA sono quelli previsti nella normativa dagli art.2, comma.1, e art. 7 della L. R. 8/2003.

3.2 Tipologia degli ospiti e organizzazione in moduli delle RR.SS.AA. per anziani e cittadini affetti da demenza

Le RRSSAA, ai sensi dell'art. 6 della L.R. 8/03 sono strutture extraospedaliere sociosanitarie destinate a cittadini anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e cittadini affetti da demenza portatori di deficit funzionali derivanti da qualunque causa, non assistibili a domicilio e che necessitano di elevato e continuo nursing assistenziale, medio-nursing infermieristico e riabilitativo integrato da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera.

In ogni RSA un modulo, ogni tre, è riservato alle demenze.

I moduli, all'interno delle RRSSAA, al fine di assicurare agli ospiti le prestazioni adeguate alle loro condizioni di bisogno e di dipendenza, sono strutturati con le seguenti caratteristiche:

<i>Modulo ad alto carico assistenziale</i>	<u>Cittadini ultrasessantacinquenni con totale perdita dell'autosufficienza</u> portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
<i>Modulo a medio carico assistenziale</i>	<u>Cittadini ultrasessantacinquenni con parziale perdita dell'autosufficienza</u> portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, psichiche o psicofisiche, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
<i>Modulo demenza</i>	<u>Cittadini, anche infrasessantacinquenni</u> , affetti da demenza, Alzheimer e sindromi correlate con disturbi cognitivi e comportamentali gravi, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

*I cittadini affetti da demenza, senza disturbi cognitivi e comportamentali gravi, possono essere accolti nei moduli ad alta o bassa intensità assistenziale sulla base del grado di non autosufficienza determinato dalla demenza e/o da patologie concomitanti.

Ai sensi dell'art. 7 c. 2 lett. b della L.R. 8/03, al fine di garantire continuità nelle condizioni di vita dell'ospite, è possibile il funzionamento di un modulo RSA all'interno delle strutture residenziali socioassistenziali per anziani autosufficienti.

All'interno della RSA il 10% dei posti letto va destinato a ricoveri temporanei non superiori a 30 giorni. Qualora si superasse tale limite di durata, la riserva del 10% dei posti letto per ricoveri temporanei va automaticamente reintegrata ed il paziente sottoposto a nuova valutazione.

I ricoveri temporanei sono riservati a:

- soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare, per motivate esigenze delle famiglie stesse;
- soggetti in situazione di emergente bisogno socio-sanitario in attesa della redazione del progetto individuale;
- soggetti in situazione di dimissioni ospedaliere protette, in carenza di adeguato supporto familiare e domiciliare;
- soggetti dimessi dalle UUOO ospedaliere, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute non è possibile elaborare un progetto riabilitativo (LR. 8/2003, art. 22)

I ricoveri temporanei di cui all'art. 22 comma 2 LR 8/2003 rispondono ad un bisogno temporaneo e programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni all'anno fruibili in massimo tre periodi all'anno. I relativi oneri sono disciplinati dal medesimo art. 22.

L'inserimento di utenti nei posti letto di ricovero temporaneo segue le normali procedure di ricovero.

4. Il Personale e l'organizzazione delle responsabilità

4.1 Direzione e coordinamento delle attività

La RSA per anziani deve garantire il funzionamento complessivo della struttura individuando idonee modalità organizzative, deve prevedere un direttore sanitario e un responsabile delle attività sociali

Al Direttore sanitario competono le seguenti funzioni:

- Approvazione dei turni del personale sanitario;
- Organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale e delle riunioni d'équipe medica;
- Collaborazione con il responsabile delle attività sociali delle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accoglimento degli ospiti;
- Raccordo con i medici di Medicina Generale;
- Raccordo con i medici specialisti;
- Raccordo con l'Azienda, con il Distretto e con i Comuni;
- Supporto e formazione del personale di assistenza;
- Ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura;

- Tenuta e aggiornamento delle cartelle personali degli ospiti;
- Gestione dei farmaci e di ogni altro materiale di medicazione;
- Adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico - sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- Predisposizione ed attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti;
- Approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e vigilanza sul loro utilizzo;
- Responsabilità e coordinamento dei programmi individuali e controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale in collaborazione con il responsabile coordinatore delle attività sociali.

Al responsabile delle attività sociali competono le seguenti funzioni:

- Vigilanza dell'assistenza tutelare;
- Organizzazione della vita comunitaria e dell'accoglimento degli ospiti in accordo con il direttore medico attraverso la redazione di specifico regolamento;
- Organizzazione dell'attività di socializzazione e animazione e coordinamento delle figure professionali ed esse preposte;
- Verifica della qualità dell'abitare e delle prestazioni sociali;
- Raccordo con le famiglie degli ospiti e con il contesto sociale (associazioni di volontariato, reti di solidarietà etc.);
- Raccordo con i servizi sociali territoriali, con gli organi di ambito e con gli altri organismi della programmazione sociosanitaria;
- Organizzazione di incontri periodici con il personale sociale interno alla struttura;
- Al responsabile delle attività sociali può essere delegato, dall'Ambito Territoriale, il coordinamento tra le funzioni svolte nella struttura e le funzioni sociali territoriali;

Il direttore sanitario e il responsabile delle attività sociali presentano i loro programmi e relazionano periodicamente sulla loro attività al responsabile della struttura; redigono inoltre una relazione annuale sulla attività svolte che il responsabile della struttura provvede ad inviare all'Asl e all'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale, o all'Ufficio Servizi Sociali del Comune, secondo gli assetti organizzativi assunti.

4.2 Figure professionali

Le RSA, fatta salva la presenza della figura di responsabile della struttura, devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione alla tipologia del modulo assistenziale, al numero e alla tipologia degli ospiti:

- Medico referente con funzioni di direttore sanitario della struttura
- Assistente sociali con funzioni di responsabile della attività sociali
- Psicologo (nel modulo per demenze)
- Infermieri.
- Fisioterapisti.
- Terapisti occupazionali.
- OSS, OSA ciascuno per i compiti propri della qualifica di appartenenza.
- Animatori di Comunità.
- Assistente sociale
- Personale amministrativo.

Nelle RSA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e specialistica erogabile dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente.

Le prestazioni di tipo alberghiero possono essere erogate in proprio o attraverso l'affidamento a società di servizi.

Si riportano nell'allegato 3 le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale, necessaria a garantire i livelli assistenziali nelle RR.SS.AA.

5. Prestazioni e modalità di erogazione

Agli ospiti delle RSA devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento dello stato di salute, delle capacità funzionali residue, della cura di se, ovvero al recupero della massima autonomia possibile, in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

Per le prestazioni di cui ai successivi punti a, b, e c, l'assistenza sanitaria d'urgenza è garantita dal servizio di emergenza sanitaria; l'assistenza notturna è garantita dalle ASL, secondo i modelli organizzativi della continuità assistenziale.

Tutte le attività avvengono sulla base di programmi predisposti dall'U.V.I. garantendo le seguenti prestazioni, come riassunte anche nell'allegato 3 bis:

a) prestazioni di medicina generale

Le prestazioni di medicina generale sono erogate dal MMG dell'assistito alle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale e regionale.

b) prestazioni specialistiche, farmaceutiche, protesiche e integrative

Esse comprendono visite specialistiche, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente.

c) prestazioni infermieristiche

Comprendono, oltre alle normali prestazioni di routine (terapia iniettiva, fleboclisi, prelievi, medicazioni), il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti. L'assistenza infermieristica è garantita dal personale in servizio nella struttura.

d) prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico

L'assistenza generica alla persona è garantita dal personale dipendente in servizio presso la struttura. Per tali attività di assistenza generica alla persona è utilizzato personale in possesso di idonea qualifica professionale (O.S.S./ O.S.A.), ciascuna per i compiti propri della qualifica di appartenenza. Le prestazioni di assistenza generica alla persona comprendono l'igiene dell'ospite e la cura della persona e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'accompagnamento e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la sorveglianza generica continuativa la collaborazione con le altre figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal piano individuale e, per le RSA anche la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

e) Attività sociali

Esse sono garantite dal personale dipendente o convenzionato in servizio presso la RSA, dotato di idonea qualifica professionale (assistente sociale) e consistono in:

- collaborazione nell'ambito dell'equipe multiprofessionale, nella rilevazione dei bisogni relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta (stesura dei piani individuali di assistenza);
- programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
- coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
- mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza, attraverso sistematici incontri con familiari ed amici, utilizzando anche il contributo delle associazioni di volontariato, attività ludiche, prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;

f) assistenza sociale

L'assistenza sociale è garantita dal Comune o dall'ambito di residenza del cittadino con le modalità previste per la generalità dei cittadini, essa comprende:

- attività di segretariato sociale, anche relativamente a pratiche assistenziali, previdenziali, amministrative;
- attività tutelari anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno etc.
- assistenza sociale al nucleo familiare.

g) prestazioni fisioterapiche e riabilitative

Sono finalizzate al mantenimento delle abilità, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti), nonché alla rieducazione psico-sociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, alla riabilitazione cognitiva; nelle RR.SS.AA. dette prestazioni comprendono inoltre la prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei confronti delle persone totalmente non autosufficienti, con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto.

h) consulenza e controllo dietologico: comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti;

i) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti: tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione, concorso nella verifica dell'attuazione del progetto individuale;

l) prestazioni di tipo alberghiero: comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della RSA.

Eventuali prestazioni non previste dal progetto individuale, vanno concordate all'interno dell'U.V.I. e successivamente autorizzate. Sono escluse le prestazioni che si rendono necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico le quali sono comunicate all'UVI.

Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate le prestazioni odontoiatriche alle condizioni previste per la generalità dei cittadini e l'intervento del podologo.

Sono, altresì, assicurate:

a) prestazioni di cura personale (barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;

b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

Tutte le prestazioni sanitarie nei confronti degli ospiti sono assicurate dall'ASL o sono comunque a carico del SSN. Le RRSSAA potranno sviluppare accordi ed adottare ogni utile accorgimento per la razionalizzazione dell'erogazione di tali prestazioni.

6. Strumenti Operativi

6.1 Individuazione degli strumenti operativi

E' obbligatorio, per l'UVI, l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati, nelle fasi propedeutiche all'inserimento nella rete dei servizi:

- valutazione multidimensionale a cura dell'UVI (cfr.. PARTE I, linee di indirizzo generali, paragrafo 2.;
- valutazione dell'indice di complessità assistenziale a cura dell'UVI secondo gli allegati 1,2;
- progetto sociosanitario personalizzato redatto dall'UVI (Cfr. PARTE I, linee di indirizzo generali, paragr. 2.1).

E' obbligatorio, per la RSA l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati:

- piano esecutivo del progetto personalizzato, concordato tra l'UVI ed il team della Struttura (cfr.. Linee di indirizzo generali, paragrafo 2.3);
- cartella personale;
- registro degli ospiti;
- registro delle consegne;
- diario delle attività collettive;

6.2 La Valutazione Multidimensionale

Al fine di omogeneizzare in tutto il territorio regionale le procedure di valutazione, gli strumenti di base, tra quelli attualmente in uso, da utilizzare nell'ambito della valutazione multidimensionale degli anziani o cittadini affetti da demenza sono individuati tra i seguenti:

- ADL : attività della vita quotidiana , scala funzionale globale;
- IADL: attività strumentale della vita quotidiana;
- ICF;
- C.I.R.S: comorbilità;
- M.M.S.E.: cognitività;
- M.D.B. Mental Deterior Battery
- G.D.S ;
- FIM;

Si precisa che allo stato attuale la diagnosi di demenza si basa sui criteri del DSM IV o ICD 10, mentre la valutazione del tipo e della gravità della demenza viene effettuata utilizzando le scale di valutazione presenti nelle linee guida (fase 3 e 4) del "Progetto CRONOS". Per la valutazione dei disturbi comportamentali deve essere utilizzata la Neuropsychiatric Inventory (NPI). Nell'ambito di tale scala l'agitazione, l'apatia/indifferenza, la disinibizione, l'attività motoria aberrante ed il sonno, sono considerate categorie primarie (criteri maggiori), mentre il delirio, l'allucinazione, la depressione/disforia, l'ansia, l'euforia/esaltazione, l'irritabilità/labilità e l'appetito sono considerate categorie secondarie (criteri minori). Al fine di poter inserire un soggetto con demenza nel modulo dedicato è necessario che siano presenti (con un punteggio totale f per g per singola categoria ≥ 6) almeno due criteri maggiori o tre criteri minori ovvero il punteggio totale del disagio psicologico deve essere ≥ 24 .

6.3 Valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale

In base alla valutazione multidimensionale, l'U.V.I. definisce il grado di autosufficienza ed il livello assistenziale.

Al fine di definire in maniera più accurata ed oggettiva il fabbisogno sociale e sanitario, la condizione di parziale o totale non autosufficienza ai sensi dell'art. 15 c. 1 della LR n. 8/03 e il livello di assistenza per l' inserimento dell'utente nella struttura, vengono individuati negli Allegati 1 e 2 due strumenti , in grado di individuare le condizioni ritenute importanti e che incidono sull'aspetto della complessità assistenziale.

L'allegato 1 è riferito alla valutazione sanitaria dei cittadini anziani ultrasessantacinquenni e cittadini i affetti da demenza; l'allegato 2 è riferito alla valutazione sociale.

L'accesso alla R.S.A. deve essere subordinato al raggiungimento di un punteggio nell'Allegato 1 \geq a 27.

L'allegato 2 prospetta una valutazione articolata su due fasi: la prima è relativa al livello di autonomia, elemento essenziale del fabbisogno assistenziale, e richiede per l'ammissione al servizio un punteggio di almeno 25/40; la seconda è relativa alla valutazione delle condizioni sociali, in sessantesimi, e determina le priorità di accesso.

Gli strumenti di valutazione proposti nell'allegato 1 e 2 dovranno essere sperimentalmente utilizzati da tutti i distretti e comuni degli ambiti e saranno monitorati nel loro utilizzo secondo una sperimentazione della durata di dodici mesi condotta dagli Assessorati Regionali alla Sanità e alle Politiche Sociali che ne cureranno la verifica.

6.4 La cartella personale

La cartella personale contiene oltre ai dati personali dell'ospite, la valutazione multidimensionale, ed il progetto sociosanitario personalizzato inviati dall'UVI al responsabile della struttura ed il piano esecutivo concordato fra l'UVI e la struttura.

Nella cartella personale devono essere, altresì, annotate le condizioni economico-familiari e sociali dell'ospite, i risultati del monitoraggio dello stato di salute, il diario clinico di eventuali condizioni morbose intervenute, le valutazioni/osservazioni degli operatori che concorrono all'attuazione del programma, gli aggiornamenti periodici del programma, l'eventuale indicazione dei soggetti titolari della tutela o cura dell'ospite.

Inoltre, nella cartella personale, devono essere riportati anche le eventuali interruzioni di trattamento o ricovero. Fatta salva la legislazione vigente in materia di privacy, le cartelle personali, a richiesta, devono essere esibite, all'ospite, a persona da lui espressamente delegata, ai soggetti titolari della tutela e della cura nonché ai soggetti formalmente incaricati della vigilanza. Le cartelle personali, dotate di numero progressivo, sono firmate dal direttore sanitario e dal responsabile delle attività sociali, e conservate in archivio per un periodo di 5 anni dalla data di dimissione.

6.5 Il registro degli ospiti

Ogni RSA deve disporre di apposito registro degli ospiti in cui riportare la data di ingresso, le interruzioni, anche temporanee, di ospitalità presso la RSA, e la data di dimissione. Tali registri devono essere tenuti aggiornati dal personale amministrativo e resi disponibili per i controlli di legge.

Va garantito, nel caso di rientro periodico in famiglia o temporaneo ricovero in struttura ospedaliera, il mantenimento del posto letto a disposizione per un periodo non superiore a 7 gg..

6.6 Il registro delle consegne

In ogni modulo delle RSA deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.

Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

Il registro delle consegne deve essere visionato almeno ogni tre giorni dal responsabile della Struttura che appone firma per presa visione.

6.7 Il diario delle attività collettive

Per ciascun nucleo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

7. Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA , a norma dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, all'interno della struttura, favorendo con

orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori della RSA, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.

- la riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli Ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- la socializzazione, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo;
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
 - a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
 - b) consentire l'identificazione di tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione ;
 - c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
 - d) ricevere notizia, per iscritto e preventivamente, dell'importo delle rette corrispondenti ai vari tipi di trattamento;
 - e) conoscere la carta dei servizi vigente nella RSA;

E' fatto obbligo al responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione;

Il regolamento deve inoltre indicare:

- a) la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro previsti dal presente regolamento, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro.
- b) la tipologia dei soggetti a favore dei quali è svolta l'attività nel rispetto di quanto previsto all'articolo 2 comma 2 (nuclei o moduli);
- c) le norme igienico-sanitarie;
- d) le finalità degli interventi;
- e) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- f) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- g) le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- h) Le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale.

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

8. La Carta dei servizi

Ogni struttura deve avere la Carta dei Servizi (come previsto dalla Legge 328/00 art. 13e dal DCM n.65 del 19/05/95 e linee guida del Ministero della Sanità del 2/95) come requisito per l'accreditamento. La carta dei servizi deve contenere tra le altre informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli assistiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e garantire la riservatezza
- b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposto al pubblico in maniera visibile.

9. Vigilanza e controllo

La Regione esercita la vigilanza sulle R.S.A. avvalendosi dei servizi delle AASSLL e dei Comuni territorialmente competenti.

Le AASSLL e i Comuni, effettuano controlli sulle RRSSAA. e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno trimestrale ed anche mediante ispezioni.

L'attività di controllo è svolta, attraverso:

- a) Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;
- b) Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza degli impianti;
- c) L'U.O.A.. del Distretto e i Servizi Sociali del Comune o l'Ufficio di Piano dell'ambito per gli aspetti assistenziali organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.

Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, anche del Responsabile della R.S.A.. Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio Servizi Sociali del Comune o all'Ufficio di Piano dell'Ambito, secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al Responsabile della R.S.A .

PARTE III

LE RSA PER CITTADINI DISABILI (L. R. 22 APRILE 2003 N. 8)

1. Finalità e destinatari delle RSA per disabili

1.1 Finalità

L'assistenza integrata residenziale eroga prestazioni socio sanitarie per disabili gravi al fine di sostenere ed assistere la persona con ridotta autonomia, con prestazioni consistenti in:

- a. Assistenza riabilitativa volta al mantenimento delle abilità presenti e alla prevenzione terziaria;
- b. Attività di riabilitazione anche differenziata, per il mantenimento ed il consolidamento delle abilità acquisite e per contrastare le riacutizzazioni e regressioni;
- c. Modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente, in coordinamento e in collegamento con gli altri servizi della rete e con il nucleo familiare, parentale ed affettivo della persona.
- d. Coinvolgimento della famiglia nella definizione e attuazione dei piani di assistenza, recupero e risocializzazione.
- e. Fornire sollievo temporaneo ai familiari, per motivate esigenze.

1.2 I destinatari

Nella R.S.A. possono essere accolte persone disabili per le quali sussistono contemporaneamente i sottoelencati criteri di eleggibilità:

- perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, e rischio di instabilità clinica, tali da non richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni socioambientali che non consentono la permanenza al domicilio, sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- condizioni cliniche che non consentono un adeguato trattamento a domicilio, o il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso una struttura semiresidenziale, senza pregiudizio per lo stato di salute, o infine l'accoglienza in strutture residenziali a carattere sociale;
- necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Fanno eccezione i ricoveri di sollievo alla famiglia per i quali, comunque, sono adottate le medesime procedure di accesso e presa in carico previste per gli altri cittadini. Tali ricoveri sono fruibili per massimo 30 gg annui suddivisi per un massimo di tre periodi all'anno.

2. Procedure per l'accesso e la presa in carico.

2.1 La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidisciplinare del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'UVI, l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee generali.

2.2 Modalità e procedure di ricovero

In caso di decisione di ricovero in RSA, l'U.V.I., in ricordo con l'U.O.R. ed in accordo con l'assistito, individua la struttura di destinazione, comunica l'eventuale lista di attesa e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.

- L'UVI contatta il Direttore Responsabile della RSA prescelta, comunica allo stesso e al MMG dell'utente, modalità e data di ricovero e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.
- Al momento del ricovero, insieme ai primi dati della cartella clinica l'UVI, fornisce il progetto sociosanitario personalizzato, il cui fulcro è il progetto riabilitativo personalizzato e definisce, in raccordo con la struttura, il piano esecutivo del progetto.
- La struttura che esegue il ricovero dà comunicazione "entro 24 ore" al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al distretto sanitario di residenza dell'utente dell'avvenuto ricovero e, se diverso, anche al Distretto in cui insiste la struttura.
- L'equipe operativa della struttura, nell'ambito degli obiettivi definiti dal progetto sociosanitario personalizzato e del piano esecutivo, entro i primi trenta giorni dall'inserimento, di concerto con il MMG, segnala all'UVI eventuali problematiche insorte nel corso di questo primo periodo per eventuali revisioni del piano esecutivo stesso.

Il progetto sociosanitario e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della UVI secondo i tempi e le modalità previste dallo stesso e, comunque, non oltre i 3 mesi.

Il Direttore medico e il responsabile delle attività sociali della struttura provvedono a garantire un flusso costante di comunicazione con l'U.O. distrettuale, il MMG e i Servizi Sociali dell'Ambito territoriale per:

- Eventuali modifiche al piano esecutivo;
- Verifica dei risultati;
- Dimissioni o trasferimento a diverso luogo di cura.

Tutte le modifiche del piano esecutivo condotto all'interno della struttura vanno comunicate all'UVI all'assistito. Tutte le modifiche del piano comportanti effetti sul piano economico (frequenza degli accessi, livelli di intensità assistenziale, durata della permanenza, dimissioni e trasferimenti, ecc.) vanno autorizzate dall'UVI fatto salve situazioni di emergenza.

2.3 Criteri di riferimento per le ammissioni

Compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale, le strutture residenziali, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, ospitano nell'ordine:

- persone residenti nello stesso comune o circoscrizione,
- persone residenti nel distretto e ambito territoriale, in cui è ubicata la struttura;
- persone residenti altri ambiti o distretti dell'A.S.L. di appartenenza;
- persone residenti in A.S.L. diverse;

2.4 Le procedure per la dimissione

La data delle dimissioni è indicata nel piano esecutivo e nel progetto personalizzato.

Eventuali prolungamenti del ricovero, su motivata proposta del MMG del cittadino o del Direttore della struttura, entro i dieci giorni precedenti la scadenza del periodo autorizzato, sono autorizzati dall'UVI attraverso una nuova valutazione. Nel caso il ricovero sia fruito in una RSA ubicata in un territorio diverso dalla residenza del cittadino, l'UVI del territorio in cui è ubicata la struttura effettua la valutazione e ne comunica l'esito a quella di residenza del cittadino, la quale provvede se necessario ad emettere la relativa autorizzazione.

La data di dimissione va comunicata alla famiglia dell'assistito almeno una settimana prima dell'evento.

3. Modalità organizzative

3.1 R. S. A. Moduli organizzativi

Le RSA sono organizzate in moduli di max 20 posti letto e possono contenere di norma fino ad un massimo di 3 moduli. Nei centri storici dei comuni capoluogo di provincia è ammessa, per una sola RSA, la possibilità di quattro moduli per max 80 posti letto.

Per le strutture RSA che presentino adeguate caratteristiche strutturali ed organizzative e che intendano

accogliere soggetti con particolari patologie che comportano disabilità associata a stati di grave agitazione psicomotoria con comportamenti auto ed eterolesivi, in fase sperimentale, è possibile derogare al limite dei 20 posti letto nella misura massima del 5%. Le modalità di autorizzazione, con le relative risorse e costi, saranno individuate con successivi provvedimenti.

L'organizzazione per moduli è orientata a garantire:

- assistenza mirata ai problemi
- migliore controllo dei disturbi comportamentali
- migliore qualità di vita degli altri ospiti
- funzione di attivazione della rete dei servizi
- maturazione e diffusione di cultura assistenziale qualificata

I requisiti strutturali delle RSA sono quelli previsti nella normativa dagli art. 2, comma 1, e art. 7 della L. R. 8/2003.

3.2 Tipologia degli ospiti e organizzazione in moduli delle RR.SS.AA. per disabili

Le RR.SS.AA., ai sensi dell'art. 6 della L.R. 8/03 sono strutture extraospedaliere socio-sanitarie destinate a cittadini disabili, non assistibili a domicilio e che necessitano di elevato e continuo nursing assistenziale, medio-nursing infermieristico e riabilitativo integrato da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiero.

I moduli, all'interno delle RR.SS.AA., al fine di assicurare agli ospiti le prestazioni adeguate alle loro condizioni di bisogno e di dipendenza, sono strutturati in nuclei autonomi sulla base del carico assistenziale e della prevalente condizione di disabilità.

<i>Modulo ad alto carico assistenziale</i>	<u>Cittadini disabili con totale perdita dell'autosufficienza</u> portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, disabilità stabilizzate fisiche psichiche o neuro-sensoriali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.
<i>Modulo a medio carico assistenziale</i>	<u>Cittadini disabili con parziale perdita dell'autosufficienza</u> portatori di deficit funzionali derivati da patologie fisiche, disabilità stabilizzate fisiche psichiche o neuro-sensoriali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di cure intensive ospedaliere.

Ai sensi dell'art. 7 c. 2 lett. b della L.R. 8/03, al fine di garantire continuità nelle condizioni di vita dell'ospite, è possibile il funzionamento di un modulo RSA all'interno delle strutture residenziali socioassistenziali per disabili autosufficienti.

All'interno della RSA il 10% dei posti letto va destinato a ricoveri temporanei non superiori a 30 giorni. Qualora si superasse tale limite di durata, la riserva del 10% dei posti letto per ricoveri temporanei va automaticamente reintegrata ed il paziente sottoposto a nuova valutazione.

I ricoveri temporanei sono riservati a:

- a) soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare, per motivate esigenze delle famiglie stesse;
- b) soggetti in situazione di emergente bisogno socio-sanitario in attesa della redazione del progetto individuale;
- c) soggetti in situazione di dimissioni ospedaliere protette, in carenza di adeguato supporto familiare e domiciliare;
- d) soggetti dimessi dalle UUOO ospedaliere, non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di assistenza e riabilitazione e per i quali a causa delle condizioni di salute non è possibile elaborare un progetto riabilitativo (LR. 8/2003, art.22)

I ricoveri temporanei di cui all'art. 22 comma 2 LR 8/2003 rispondono ad un bisogno temporaneo e programmato di assistenza per un massimo di 30 giorni all'anno fruibili in massimo tre periodi all'anno. Il relativo onere è disciplinato dal medesimo art. 22.

L'inserimento di utenti nei posti letto di ricovero temporaneo segue le normali procedure di ricovero.

4. Il Personale e l'organizzazione delle responsabilità

4.1 Direzione e coordinamento delle attività

La RSA per disabili deve garantire il funzionamento complessivo della struttura individuando idonee modalità organizzative, deve prevedere un direttore sanitario e un responsabile delle attività sociali

Al Direttore sanitario competono le seguenti funzioni:

- Approvazione dei turni del personale sanitario.
- Organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale e delle riunioni d'équipe medica.
- Collaborazione con il coordinatore delle attività sociali delle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accoglimento degli ospiti.
- Raccordo con i medici di Medicina Generale.
- Raccordo con i medici specialisti.
- Raccordo con l'Azienda, con il Distretto e con i Comuni.
- Supporto e formazione del personale di assistenza.
- Ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura.
- Tenuta e aggiornamento delle cartelle personali degli ospiti;
- Gestione dei farmaci e di ogni altro materiale di medicazione;
- Adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico - sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti.
- Predisposizione ed attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti.
- Approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e vigilanza sul loro utilizzo.
- Responsabilità e coordinamento dei programmi individuali e controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale in collaborazione con il responsabile coordinatore delle attività sociali.

Al responsabile delle attività sociali competono le seguenti funzioni:

- Vigilanza dell'assistenza tutelare ;
- Organizzazione della vita comunitaria e dell'accoglimento degli ospiti in accordo con il direttore medico attraverso la redazione di specifico regolamento;
- Organizzazione dell'attività di socializzazione e animazione e coordinamento delle figure professionali ed esse preposte;
- Verifica della qualità dell'abitare e delle prestazioni sociali;
- Raccordo con le famiglie degli ospiti e con il contesto sociale (associazioni di volontariato, reti di solidarietà etc.);
- Raccordo con i servizi sociali territoriali, con gli organi di ambito e con gli altri organismi della programmazione sociosanitaria;
- Organizzazione di incontri periodici con i l'équipe sociale interna della struttura;
- Al responsabile delle attività sociali sociale può essere delegato, dall'Ambito Territoriale, il coordinamento tra le funzioni svolte nella struttura e le funzioni sociali territoriali;

Il direttore sanitario e il responsabile delle attività sociali presentano i loro programmi e relazionano sulla loro attività al responsabile della struttura e redigono una relazione annuale sulla attività svolte nella struttura da inviare all'Asl e all'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale o all'Ufficio Servizi Sociali del Comune secondo gli assetti organizzativi assunti.

4.2 Figure professionali

Le RSA, fatta salva la presenza della figura di responsabile della struttura, devono essere dotate delle seguenti figure professionali ciascuna in numero variabile in relazione alla tipologia del modulo assistenziale, al numero e alla tipologia degli ospiti:

- Medico referente con funzioni di direttore sanitario della struttura.
- Assistente sociale responsabile delle attività sociali
- Infermieri
- Fisioterapisti
- Terapisti occupazionali
- Educatori professionali
- Animatori di Comunità
- OSS / OSA, ciascuno per i compiti specifici della qualifica di appartenenza
- Assistente sociale
- Personale amministrativo

Nelle RRSSAA devono essere assicurate l'assistenza di medicina generale e specialistica erogabile dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente. Le prestazioni di assistenza alberghiera possono essere erogate in proprio o attraverso l'affidamento a società di servizi.

5. Prestazioni e modalità di erogazione

Agli ospiti della RSA devono essere garantite le prestazioni, di cui all'art. 23 della L.R. 8/03 che

concorrono al mantenimento delle capacità funzionali residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro disabilità e in funzione del raggiungimento o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita degli ospiti stessi.

Per le prestazioni di cui ai successivi punti a, b, e c, l'assistenza sanitaria d'urgenza è garantita dal servizio di emergenza sanitaria; l'assistenza notturna è garantita dalle ASL, secondo i modelli organizzativi della continuità assistenziale.

Tutte le attività avvengono sulla base di progetti predisposti dall' U.V.I. nel rispetto delle specifiche competenze. I progetti sociosanitari personalizzati devono essere compiutamente definiti entro 30 giorni lavorativi dalla data della proposta di accesso. Agli ospiti delle RRSSAA sono garantite le seguenti prestazioni, come riassunte anche nell'allegato 3 bis:

a) prestazioni di medicina generale

Le prestazioni di medicina generale sono erogate alle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale e regionale.

b) prestazioni specialistiche, farmaceutiche, protesiche e integrative

Esse comprendono visite specialistiche, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario nazionale ai sensi della normativa vigente. Le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, farmaceutiche, integrative e di assistenza protesica previste dal programma di intervento individuale sono garantite con le modalità e i limiti previsti dalla normativa del S.S.N. e regionale per la generalità dei cittadini. regionale.

c) prestazioni infermieristiche

Comprendono, oltre le normali prestazioni di routine, il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti. L'assistenza infermieristica è garantita da personale presente nella RSA.

d) prestazioni di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico

Per tali attività di assistenza generica alla persona è utilizzato personale presente nella struttura in possesso di idonea qualifica professionale. Le prestazioni di assistenza generica alla persona comprendono l'igiene dell'ospite e cura del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'accompagnamento e supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato per la prevenzione delle lesioni da decubito, la sorveglianza generica continuativa, lo svolgimento di altre attività previste dal programma individuale anche utilizzando la collaborazione delle diverse figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal programma individuale.

e) Attività sociali

Esse sono garantite dal personale dotato di idonea qualifica professionale dipendente o convenzionato, finalizzato ad erogare prestazioni sociali nelle RSA come di seguito indicato:

- mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza, attraverso sistematici incontri con familiari ed amici, utilizzando anche il contributo delle associazioni di volontariato.
- Interventi socio-culturali ricreativi;
- Collaborazione nella rilevazione dei bisogni relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta.

f) Assistenza sociale

L'assistenza sociale è garantita dal Comune o dall'Ambito di residenza del cittadino con le modalità previste per la generalità dei cittadini, essa comprende:

- Attività di segretariato sociale, anche relativamente a pratiche assistenziali previdenziali, amministrative;
- Attività di tutela anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno, ecc.;
- Assistenza sociale al nucleo familiare.
- Su richiesta dell'Ambito, il coordinamento tra le attività svolte all'interno della struttura e le funzioni sociali territoriali ai fini della continuità e completezza degli interventi può essere delegata all'assistente sociale presente nella struttura.

- g) prestazioni fisioterapiche e riabilitative
Sono finalizzate al mantenimento delle abilità acquisite, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane, nonché alla rieducazione psico-sociale, soprattutto attraverso attività occupazionali e, ai sensi degli artt. 18 e 22 al completamento del percorso terapeutico riabilitativo iniziato in altra sede attraverso i ricoveri temporanei ed ordinari. Esse comprendono inoltre le prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione.
- h) consulenza e controllo dietologico comprende interventi sia di carattere generale che di carattere specifico sulle diete dei singoli ospiti;
- i) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione, concorso nella verifica dell'attuazione del progetto individuale;
- j) prestazioni di tipo alberghiero comprendono alloggio, vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;
- k) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.
- l) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno dell'RSA.

Le prestazioni che si rendono necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico devono essere erogate e tempestivamente comunicate all'UVI.

Inoltre, agli ospiti delle RSA, sono assicurate prestazioni protesiche odontoiatriche complete e alle condizioni previste per la generalità dei cittadini.

Sono, altresì, assicurate:

- a) prestazioni di cura personale accessorie (podologo, barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

6. Strumenti Operativi

6.1 Individuazione degli strumenti operativi

E' obbligatorio l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati, nelle fasi propedeutiche all'inserimento nella rete dei servizi:

- valutazione multidimensionale a cura dell'UVI utilizzando gli strumenti (v. PARTE I, linee di indirizzo generali, paragrafo 2.1 e paragrafo 6.2 a seguire);
- valutazione dell'indice di complessità assistenziale a cura dell'UVI secondo gli allegati 1bis e 2;
- progetto sociosanitario personalizzato redatto dall'UVI (v. PARTE I, linee di indirizzo generali).

E' obbligatorio per la RSA l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati, dopo l'inserimento nella rete dei servizi:

- piano esecutivo del progetto personalizzato, concordato tra l'UVI ed il team della struttura (v. Linee di indirizzo generali, paragrafo 2.3);
- cartella personale;
- registro degli ospiti;
- registro delle consegne;
- diario delle attività collettive.

6.2 La Valutazione Multidimensionale

La valutazione multidimensionale dell'U.V.I. per soggetti disabili è articolata nelle seguenti aree:

- area sanitaria
- area cognitivo e funzionale
- individuazione del profilo di autosufficienza
- condizione e rete sociale
- sintesi dell'attività valutativa

Al fine di omogeneizzare in tutto il territorio regionale le procedure di valutazione, relativamente al grado di autosufficienza da classificare e valutare, devono essere seguite le modalità previste dalla delibera di Giunta Regionale n. 9266/96 e dal modello di classificazione proposta dall'OMS (I.C.F.). Inoltre deve

essere verificata l'impossibilità di permanenza ed assistenza al proprio domicilio e la congruità dell'intervento residenziale o altra tipologia di risposta assistenziale.

In base alla valutazione multidimensionale, l'U.V.I. definisce il grado di autosufficienza ed il livello assistenziale.

6.3 Valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale

Al fine di definire in maniera più accurata ed oggettiva il fabbisogno sociale e sanitario, la condizione di parziale o totale non autosufficienza e il livello di assistenza per l'inserimento dell'utente nella struttura si richiede l'utilizzo di precisi strumenti.

Per gli aspetti sanitari si rinvia agli strumenti ed alla "scheda di rilevazione della connotazione di gravità" approvati con DGR n.9266 del 22.11.96 pubblicata sul BURC. n.3/97, che ad ogni buon conto si allega nell'allegato 1 bis.

Per gli aspetti sociali si indica nell'allegato 2 uno strumento "scheda di valutazione sociale", che dovrà essere sperimentalmente utilizzato da tutti i distretti e comuni degli ambiti e sarà monitorato nel suo utilizzo secondo una sperimentazione della durata di dodici mesi condotta dagli Assessorati Regionali alla Sanità e alle Politiche Sociali che ne cureranno la verifica.

Per gli aspetti sanitari, l'accesso alla rete dei servizi residenziali deve essere subordinata al raggiungimento di un punteggio non inferiore a 10, secondo l'allegato 1 bis. Per gli aspetti sociali, l'allegato 2 prospetta una valutazione articolata su due fasi: la prima è relativa al livello di autonomia, elemento essenziale del fabbisogno assistenziale, e richiede per l'ammissione al servizio un punteggio di almeno 25/40; la seconda è relativa alla valutazione delle condizioni sociali, in sessantesimi, e determina le priorità di accesso.

In base alla valutazione multidimensionale, l'U.V.I. definisce il grado di autosufficienza ed il livello assistenziale.

6.4 La cartella personale

La cartella personale contiene oltre ai dati personali dell'ospite, la valutazione multidimensionale, ed il progetto personalizzato inviati dall'UVI al direttore della struttura e il piano esecutivo concordato fra l'UVI e la struttura.

Nella cartella personale devono essere, altresì, annotate le condizioni economico-familiari e sociali dell'ospite, i risultati del monitoraggio dello stato di salute, il diario clinico di eventuali condizioni morbose intervenute, le valutazioni/osservazioni degli operatori che concorrono all'attuazione del programma, gli aggiornamenti periodici del programma, l'eventuale indicazione dei soggetti titolari della tutela o curatela dell'ospite.

Inoltre, nella cartella personale, devono essere riportati anche le eventuali interruzioni di trattamento o ricovero. Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, le cartelle personali, a richiesta, devono essere esibite, all'ospite, a persona da lui espressamente delegata, ai soggetti titolari della tutela e curatela nonché ai soggetti formalmente incaricati della vigilanza. Le cartelle personali, dotate di numero progressivo, sono firmate dal direttore sanitario e dal coordinatore sociale, e conservate in archivio per un periodo di 5 anni dalla data di dimissione.

6.5 Rientro temporaneo in famiglia o temporaneo ricovero

Va garantito, nel caso di rientro periodico in famiglia o temporaneo ricovero in struttura ospedaliera, il mantenimento del posto letto a disposizione per un periodo non superiore a 7 gg..

6.6 Il registro degli ospiti

Ogni modulo della RSA deve disporre di apposito registro degli ospiti in cui riportare la data di ingresso, le interruzioni, anche temporanee, di ospitalità presso la RSA, e la data di dimissione. Tali registri devono essere tenuti aggiornati dal personale amministrativo e resi disponibili per i controlli di legge.

6.7 Il registro delle consegne

In ogni modulo di RSA deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.

Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

Il registro delle consegne deve essere visionato almeno ogni tre giorni dal Direttore della Struttura che appone firma per presa visione.

6.8 Il diario delle attività collettive

Per ciascun nucleo di ospiti deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di

socializzazione svolte dagli stessi; devono essere, inoltre, indicati gli orari in cui si svolgono dette attività, gli operatori che vi provvedono e il livello di partecipazione degli ospiti. Tale strumento è a cura dell'Assistente sociale che ne è responsabile.

7. Regolamento interno

Il regolamento interno della RSA, a norma dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, all'interno della struttura, favorendo con orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori della RSA, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.
- la riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli Ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
- la socializzazione, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
 - a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
 - b) consentire l'identificazione di tutto il personale delle RSA mediante cartellini di identificazione;
 - c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
 - d) ricevere notizia, per iscritto e preventivamente, dell'importo delle rette corrispondenti ai vari tipi di trattamento;
 - e) conoscere la carta dei servizi vigente nella RSA;

E' fatto obbligo al responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione;

Il regolamento deve inoltre indicare:

- a) la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro previsti dal presente regolamento, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro;
- b) la tipologia dei soggetti a favore dei quali è svolta l'attività nel rispetto di quanto previsto all'articolo 2 comma 2 (nuclei o moduli);
- c) le norme igienico-sanitarie;
- d) le finalità degli interventi;
- e) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- f) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- g) le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- h) Le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale;

Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

8. La Carta dei servizi

Ogni struttura deve avere la Carta dei Servizi (come previsto dalla Legge 328/00 art. 13 e DCM n.6 del 19/5/95 e Line Guida del Ministero della Sanità del 2/95) come requisito per l'accreditamento. La carta dei servizi deve contenere tra le altre informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli assistiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e proteggere la riservatezza
- b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposto al pubblico in maniera visibile.

9. Vigilanza e controllo

La Regione esercita la vigilanza sulle R.S.A. avvalendosi dei servizi delle AASSLL e dei Comuni territorialmente competenti.

Le AASSLL e i Comuni, effettuano controlli sulle RRSSAA. e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno trimestrale ed anche mediante ispezioni.

L'attività di controllo è svolta, attraverso:

- a) Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;
- b) Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza degli impianti;
- c) L'U.O.A.. del Distretto e i Servizi Sociali del Comune o l'Ufficio di Piano dell'ambito per gli aspetti assistenziali organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.

Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, anche del responsabile della R.S.A.. Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio Servizi Sociali del Comune o all'Ufficio di Piano dell'Ambito, secondo gli assetti organizzativi assunti. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al responsabile della R.S.A.

PARTE IV

CENTRI DIURNI PER CITTADINI ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA E PER CITTADINI DISABILI AI SENSI DELLA L. R. 22 APRILE 2003 N. 8

1. Assistenza semiresidenziale integrata: il centro diurno integrato per anziani, per cittadini affetti da demenza e per disabili

1.1 Il Centro Diurno garantisce prestazioni assistenziali, un adeguato livello di vita di relazione e, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza dell'utente al proprio domicilio privato il più a lungo possibile, offrendo altresì sostegno e supporto alla famiglia.

Le strutture facenti parte del sistema integrato delle cure domiciliari accolgono utenti con diversi bisogni di sostegno sociale e sanitario e sono di conseguenza dotati di offerta differenziata di prestazioni e servizi in relazione alle necessità degli utenti.

L'assistenza integrata semiresidenziale erogata dal Centro diurno persegue le seguenti finalità:

a) Ospitare persone con ridotta autonomia e soggetti affetti da demenza che necessitano di prestazioni sanitarie specialistiche e di interventi tesi a mantenere e/o a stimolare le autonomie residue dell'individuo con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime diurno.

b) Garantire il mantenimento di adeguati livelli di vita di relazione e la continuità dei rapporti familiari attraverso: interventi e attività di socializzazione, interventi tesi al mantenimento dell'autonomia residua e alla tutela dello stato di salute, interventi riabilitativi e occupazionali, il rientro serale a domicilio.

c) Ricorrere ai servizi residenziali in via subordinata ed aspettando modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento.

1.2 Destinatari del servizio

L'assistenza sociosanitaria integrata semiresidenziale è erogata nei Centri Diurni Integrati (C.D.I.), aperti almeno 8 ore al giorno e per almeno 5 giorni a settimana, le cui funzioni sono definite nella L.R. n. 8/2003. Per assistenza semiresidenziale si intende un regime prestazionale di durata variabile definita dal progetto personalizzato, destinato a cittadini con media o grave limitazione dell'autosufficienza, i quali necessitano di assistenza tutelare, monitoraggio delle condizioni di salute, attività di socializzazione, interventi riabilitativi, occupazionali e ricreativi.

Essa rappresenta un'utile integrazione ai servizi forniti dalle RSA e dall'A.D.I., insieme ai quali garantisce la continuità assistenziale, consentendo il passaggio degli utenti da un regime assistenziale ad un altro, quando mutano le condizioni cliniche e di autosufficienza o familiari.

All'interno del Centro Diurno Integrato possono essere accolte persone anziane, affette da demenza o disabili per i quali sussistono contemporaneamente le seguenti condizioni:

- scarsa autonomia e grande impedimento nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità;
- condizioni socioambientali e/o familiari che consentono la permanenza al domicilio per almeno parte della giornata;
- condizioni cliniche che consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute;
- condizioni cliniche o socio-ambientali, anche temporanee, che non consentono un adeguato trattamento a livello ambulatoriale e/o domiciliare in alternativa all'assistenza semiresidenziale;
- necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare.

Il Centro Diurno può essere anche ubicato all'interno della R.S.A., in presenza di adeguati spazi dedicati e può costituire con essa un'unità integrata, condividendone i servizi e gli spazi comuni. Inoltre, esso può essere ubicato anche presso una Struttura Sociale Residenziale o semiresidenziale, purchè in possesso di specifica autorizzazione.

L'ubicazione deve essere in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso dei mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti delle strutture.

Esso prevede una recettività, fatti salvi i requisiti strutturali, di un minimo di 20 utenti aumentabile fino ad un massimo di 25 (nei quartieri ad alta densità abitativa delle città capoluogo di provincia e nei centri storici dei comuni con più di cinquantamila abitanti).

1.3 Criteri di eleggibilità

L'accesso al Centro Diurno Integrato deve essere subordinato ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti requisiti o condizioni di eleggibilità generali:

- a) **ridotta autosufficienza temporanea o protratta**
La sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite scale di valutazione.
- b) **necessità di assistenza esclusivamente primaria**
L'assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione della ospedalizzazione domiciliare
- c) **complessità assistenziale del paziente**
Presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multiprofessionale
- d) **necessità di adeguato supporto nelle esigenze relazionali**
Presenza di bisogni legati alla socializzazione e l'inserimento della persona in una rete di relazioni significative, in assenza o in supporto al suo nucleo familiare.

2. Procedure per l'accesso e la presa in carico.

2.1 La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidisciplinare del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'UVI, l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee di indirizzo generali.

2.2 Modalità e procedure di accoglienza

L'U.V.I. in raccordo con le unità operative competenti e in accordo con l'assistito, individua la struttura di destinazione, comunica l'eventuale lista di attesa e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.

- L'U.V.I. contatta il Direttore Responsabile del Centro Diurno prescelto, comunica allo stesso, al MMG dell'utente ed al Comune di residenza, modalità e data di ricovero e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.
- Al momento dell'ammissione, insieme ai primi dati della cartella clinica l'UVI fornisce il progetto sociosanitario personalizzato e definisce, in raccordo con la struttura, il piano esecutivo del progetto.
- La struttura che esegue il ricovero dà comunicazione "entro 24 ore" al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al distretto sanitario di residenza dell'utente dell'avvenuta ammissione e, se diverso, anche al Distretto in cui insiste la struttura.
- L'équipe operativa della struttura, nell'ambito degli obiettivi definiti dal progetto sociosanitario personalizzato e del piano esecutivo, entro i primi 15 giorni dall'inserimento, di concerto con il MMG, segnala all'UVI eventuali problematiche insorte nel corso di questo primo periodo per eventuali revisioni del piano esecutivo stesso.

Il progetto sociosanitario e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della U.V.I. secondo i tempi e le modalità previste dallo stesso.

Il Responsabile della struttura, in collaborazione con il responsabile delle attività sanitarie e il responsabile delle attività sociali della struttura, provvedono a garantire un flusso costante di comunicazione con l'U.O. distrettuale competente, il MMG e i Servizi Sociali dell'Ambito territoriale per:

- Eventuali modifiche al piano esecutivo;
- Verifica dei risultati;
- Dimissioni o trasferimento a diverso luogo di cura;

Tutte le modifiche del piano esecutivo condotto all'interno della struttura vanno comunicate all'U.V.I., al paziente e ai suoi familiari. Tutte le modifiche del piano comportanti effetti sul piano economico (frequenza degli accessi, livello di intensità assistenziale, durata della permanenza, dimissioni e trasferimenti, ecc.), vanno autorizzate dall'U.V.I.

2.3 Criteri di riferimento per le ammissioni

Compatibilmente con la disponibilità e distribuzione di posti-residenza sul territorio regionale, le strutture residenziali, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, ospitano nell'ordine:

- persone residenti nello stesso comune o circoscrizione,
- persone residenti nel distretto e ambito territoriale, in cui è ubicata la struttura;
- persone residenti altri ambiti o distretti dell'A.S.L. di appartenenza;
- persone residenti in A.S.L. diverse;

2.4 Le procedure per la dimissione

La data delle dimissioni è indicata nel progetto sociosanitario personalizzato e nel piano esecutivo. Eventuali prolungamenti del periodo di accoglienza, su motivata proposta degli stessi soggetti che hanno facoltà di proporre il ricovero oltre che del Direttore della struttura, entro i dieci giorni precedenti la scadenza del periodo autorizzato, sono autorizzati dall'UVI attraverso una nuova valutazione. Nel caso l'accoglienza sia fruita in un Centro ubicato in un territorio diverso dalla residenza del cittadino, l'UVI del territorio in cui è ubicata la struttura effettua la valutazione e ne comunica l'esito a quella di residenza del cittadino, la quale provvede se necessario ad emettere la relativa autorizzazione. La data di dimissione va comunicata all'assistito e alla famiglia almeno una settimana prima dell'evento.

3. Organizzazione in moduli del C.D.I.

Il Centro Diurno ospita persone con media o grave limitazione dell'autosufficienza che necessitano durante il giorno di un livello medio di assistenza sanitaria di base e specialistica e di un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, per situazioni che non richiedono comunque ricovero ospedaliero.

3.1 Centro Diurno integrato per anziani non autosufficienti e/o cittadini affetti da demenza

Nel Centro Diurno Integrato possono essere accolte le persone anziane o cittadini affetti da demenza, secondo le procedure di accesso definiti dalle Linee di indirizzo generali (PARTE I).

I Centri Diurni, al fine di assicurare alle persone anziane ospiti prestazioni adeguate alle loro condizioni di bisogno e di dipendenza, sono strutturati, in termini organizzativi e di dotazione di personale, in moduli così definiti:

Modulo diurno per anziani ad alto e medio carico assistenziale	Cittadini ultrasessantacinquenni con media o grave limitazione dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, in presenza di condizioni sociali che consentono la permanenza al domicilio e con condizioni cliniche che consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute;
Modulo diurno per demenze	Cittadini, anche infra sessantacinquenni, affetti da demenza, da Alzheimer e sindromi correlate, in presenza di condizioni sociali che consentono la permanenza al domicilio e con condizioni cliniche che consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute;

3.2 Centri Diurni Integrati per disabili fisici, psichici o sensoriali

Nel Centro Diurno possono essere accolte le persone disabili con media o grave limitazione dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, in presenza di condizioni sociali che consentono la permanenza al domicilio e con condizioni cliniche che consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute, secondo i criteri di accesso definiti dalle linee di indirizzo generali (Parte I).

Modulo diurno per disabili ad alto e medio carico assistenziale	Cittadini disabili con media o grave limitazione dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, in presenza di condizioni sociali che consentono la permanenza al domicilio e con condizioni cliniche che consentono il trasferimento quotidiano dal proprio domicilio verso la struttura semiresidenziale senza pregiudizio per lo stato di salute
---	---

4. Personale e prestazioni

4.1 Funzioni di responsabilità e coordinamento

Ogni centro diurno deve garantire il funzionamento complessivo della struttura con idonee modalità organizzative e deve prevedere la figura di un medico quale direttore sanitario, degli aspetti igienico-sanitari, della gestione dei farmaci e dell'assistenza sanitaria, ed un responsabile dei servizi sociali, tutelari, di animazione.

Al direttore sanitario competono le seguenti funzioni:

- Adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti.

- Predisposizione ed attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti
- Approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e vigilanza sul loro utilizzo
- Approvazione dei turni del personale sanitario
- Collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accoglimento degli ospiti
- Responsabilità e coordinamento dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali e controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale in collaborazione con il responsabile delle attività sociali
- Organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale e delle riunioni d'équipe
- Raccordo con i medici di Medicina Generale
- Raccordo con i medici specialisti
- Raccordo con l'Azienda Sanitaria

Al responsabile delle attività sociali competono le seguenti funzioni:

- Organizzazione dell'assistenza tutelare ed alberghiera.
- Organizzazione della vita comunitaria e dell'accoglimento degli ospiti in accordo con il medico responsabile.
- Coordinamento dell'attività di socializzazione e animazione.
- Verifica della qualità dell'abitare e delle prestazioni sociali.
- Raccordo con i servizi sociali territoriali, con gli organi di ambito e con gli altri organismi della programmazione sociosanitaria.
- Raccordo con le famiglie degli ospiti e con il contesto sociale (associazioni di volontariato, reti di solidarietà etc.)

Il direttore sanitario e il responsabile delle attività sociali presentano i loro programmi e relazionano sulla loro attività al responsabile della struttura e redigono una relazione annuale sulla attività svolta da inviare all'Asl e all'Ufficio di Piano dell' Ambito Territoriale o all'Ufficio Servizi Sociali del Comune secondo gli assetti organizzativi assunti.

4.2 Figure professionali

I Centri Diurni fatta salva la responsabilità della struttura devono essere dotati di figure professionali, ciascuna in numero variabile in relazione alla tipologia del Centro Diurno e del modulo assistenziale, al numero e alla tipologia degli ospiti:

- medico con funzioni di direzione sanitaria
- assistente sociale con funzioni di responsabile delle attività sociali
- Infermieri
- Terapisti riabilitazione motoria e cognitiva
- Terapisti occupazionali
- OSS, OSA in numero variabile in relazione alla tipologia assistenziale ed al numero di utenti, ciascuno per i compiti propri della qualifica di appartenenza.
- Animatori di Comunità
- Educatori professionali (per il Centro Diurno disabili)
- Psicologo

Si riportano nell'allegato 3 le tabelle con l'indicazione dei minuti di assistenza minima settimanale per ospite, distinte per qualifica professionale necessaria a garantire i livelli assistenziali nei Centri Diurni

4.3 Prestazioni e modalità di erogazione

Nelle strutture semiresidenziali integrate per anziani non autosufficienti, cittadini affetti da demenza e disabili fisici, psichici o neuro-sensoriali, tutte le attività avvengono sulla base di progetti individuali personalizzati predisposti dall'U.V.I. nel rispetto delle specifiche competenze. I progetti sociosanitari personalizzati devono essere compiutamente definiti entro 20 giorni lavorativi dalla data della proposta di accesso.

Agli ospiti dei Centri Diurni devono essere garantite le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità funzionali residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia e in funzione del raggiungimento o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita degli ospiti stessi. Ad essi sono garantite le seguenti prestazioni:

a) prestazioni di medicina generale

Le prestazioni di medicina generale sono erogate alle condizioni previste per la generalità dei cittadini, nell'ambito del relativo accordo collettivo nazionale e regionale.

b) prestazioni specialistiche, farmaceutiche, protesiche e integrative

Esse comprendono visite e prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, nonché le altre prestazioni specialistiche, di assistenza protesica e integrativa, erogabili dal servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente. Le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, farmaceutiche, integrative e di assistenza protesica previste dal programma di intervento individuale, sono garantite con le modalità e i limiti previsti dalla normativa del SS.N. e regionale per la generalità dei cittadini.

c) prestazioni infermieristiche

Comprendono, oltre le normali prestazioni di routine, il controllo delle prestazioni terapeutiche, la prevenzione delle infezioni, l'individuazione precoce delle eventuali modificazioni dello stato di salute fisica e di compromissione funzionale, l'attivazione tempestiva degli interventi necessari da parte degli altri operatori competenti. L'assistenza infermieristica è garantita da personale interno alla struttura.

d) prestazioni fisioterapiche e riabilitative

Sono finalizzate al mantenimento delle abilità, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti), nonché alla rieducazione psico-sociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, e, ai sensi degli artt. 18 e 22 al completamento del percorso terapeutico riabilitativo iniziato in altra sede attraverso i ricoveri temporanei ed ordinari.

e) prestazioni di assistenza tutelare

Per tali attività di assistenza generica alla persona è utilizzato personale in servizio nella struttura in possesso di idonea qualifica professionale. Le prestazioni di assistenza generica alla persona comprendono l'igiene dell'ospite e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'accompagnamento e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato per la prevenzione delle lesioni da decubito, la sorveglianza generica continuativa, lo svolgimento di altre attività previste dal programma individuale anche utilizzando la collaborazione delle diverse figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal programma individuale

f) attività sociali.

Esse consistono in:

- collaborazione nell'ambito dell'equipe multiprofessionale nella rilevazione dei bisogni relazionali dell'ospite, delle potenzialità residue e nell'individuazione di strategie di risposta (stesura dei piani socio-sanitari personalizzati);
- programmazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
- coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari;
- mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza, attraverso sistematici incontri con familiari ed amici, utilizzando anche il contributo delle associazioni di volontariato.
- coordinamento delle attività ricreative e di assistenza sociale;
- raccordo con i servizi sociali presenti nell'ambito ai fini della continuità e completezza degli interventi.

g) assistenza sociale

L'assistenza sociale è garantita dal Comune o dall'Ambito di residenza del cittadino con le modalità previste per la generalità dei cittadini. Essa comprende:

attività di segretariato sociale, anche relativamente a pratiche assistenziali previdenziali, amministrative; attività di tutela anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno, ecc.; assistenza sociale al nucleo familiare.

h) prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti, tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione, concorso nella verifica dell'attuazione del progetto individuale;

i) prestazioni di tipo alberghiero comprendono vitto e servizi generali, rapportate alle particolari condizioni degli ospiti;

l) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

m) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della struttura e da o per il domicilio dell'utente.

Le prestazioni che si rendono necessarie in caso di emergenza o di sopravvenuti mutamenti del quadro clinico devono essere erogate e tempestivamente comunicate all'UVI.

Inoltre, agli ospiti dei CDI, sono assicurate prestazioni protesiche odontoiatriche complete e alle condizioni previste per la generalità dei cittadini.

Sono, altresì, assicurate:

- a) prestazioni di cura personale accessorie (podologo, barbiere, parrucchiere, e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- b) l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti.

5. Strumenti Operativi

5.1 Individuazione degli strumenti operativi

E' obbligatorio l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati nelle fasi propedeutiche all'inserimento nella rete dei servizi:

- Valutazione multidimensionale a cura dell'UVI (v. PARTE I, linee di indirizzo generali, paragrafo 2.1 e paragrafo 6.2 a seguire);
- Valutazione dell'indice di complessità assistenziale a cura dell'UVI secondo gli allegati 1 e 2 per gli anziani o 1bis e 2 per i disabili;
- Progetto sociosanitario personalizzato redatto dall'UVI (v. PARTE I, linee di indirizzo generali).

E' obbligatorio per il Centro Diurno l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati, all'inserimento nella rete dei servizi:

- Piano esecutivo del progetto personalizzato, concordato tra UVI e il team della struttura (v. Linee di indirizzo generali, paragrafo 2.3);
- Cartella personale;
- Registro degli ospiti;
- Registro delle consegne;
- Diario delle attività collettive.

5.2 La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino. Essa è effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), la cui composizione e funzioni sono state definite nelle apposite Linee di Indirizzo generali.

La valutazione multidimensionale dell'U.V.I. per soggetti anziani, affetti da demenza o disabili è articolata nelle seguenti aree:

- area sanitaria
- area cognitivo e funzionale
- individuazione del profilo di autosufficienza
- condizione e rete sociale
- sintesi dell'attività valutativa.

Al fine di omogeneizzare in tutto il territorio regionale le procedure di valutazione, gli strumenti di base da utilizzare nell'ambito della valutazione multidimensionale vanno individuati tra i seguenti:

- I.C.F. : grado di autonomia
- ADL : attività della vita quotidiana , scala funzionale globale;
- IADL: attività strumentale della vita quotidiana;
- Scala di autonomia dell'OMS;
- C.I.R.S: comorbilità;
- G.D.S : depressione geriatrica;
- M.M.S.E. : cognitivtà;
- M.D.B. *Mental Deterior Battery*: deterioramento mentale¹.

¹ Si precisa che allo stato attuale la diagnosi di demenza si basa sui criteri del DSM IV o ICD 10, mentre la valutazione del tipo e della gravità della demenza viene effettuata utilizzando le scale di valutazione presenti nelle linee guida (fase 3 e 4) del "Progetto CRONOS". Per la valutazione dei disturbi comportamentali deve essere utilizzata la Neuropsychiatric Inventory (NPI). Nell'ambito di tale scala l'agitazione, l'apatia/indifferenza, la disinibizione, l'attività motoria aberrante ed il sonno, sono considerate categorie primarie (criteri maggiori), mentre il delirio, l'allucinazione, la depressione/disforia, l'ansia, l'euforia/esaltazione, l'irritabilità/labilità e l'appetito sono considerate categorie secondarie (criteri minori). Al fine di poter inserire un soggetto con demenza nel modulo dedicato è necessario che siano presenti (con un punteggio totale f x g per singola categoria ≥ 6) almeno due criteri maggiori o tre criteri minori ovvero il punteggio totale del disagio psicologico deve essere ≥ 24 .

In base alla valutazione multidimensionale, l'U.V.I. definisce il grado di autosufficienza ed il livello assistenziale.

Al fine di definire in maniera più accurata ed oggettiva il fabbisogno sociale e sanitario, la condizione di parziale o totale non autosufficienza, ai sensi dell'art. 15 c. 1 della LR n. 8/03, ed il livello di assistenza per l'inserimento dell'utente nella struttura, vengono indicati negli All. 1, 1bis e 2 gli strumenti in grado di individuare le condizioni ritenute importanti e che incidono sull'aspetto della complessità assistenziale: la "scheda di valutazione sanitaria" per gli anziani, "la scheda di rilevazione della connotazione di gravità" per i disabili e la "scheda di valutazione sociale" per anziani e disabili.

Gli strumenti di valutazione proposti negli allegati 1, 1bis e 2 dovranno essere sperimentalmente utilizzati da tutti i distretti e comuni degli ambiti e saranno monitorati nel loro utilizzo secondo una sperimentazione della durata di dodici mesi condotta dagli Assessorati Regionali alla Sanità e alle Politiche Sociali che ne cureranno la verifica

Per l'inserimento nel Centro Diurno dei cittadini anziani, ai fini della redazione del progetto individuale di intervento, si utilizzano l'allegato 1 per la valutazione del fabbisogno assistenziale, e l'allegato 2 per la valutazione del fabbisogno sociale.

Per quanto riguarda l'allegato 1 bis, per poter inserire un disabile non autosufficiente nel corrispondente modulo dedicato, è necessario che il punteggio complessivo non sia inferiore a 10.

Per quanto riguarda l'allegato 2, lo strumento prospetta una valutazione articolata su due fasi: la prima è relativa al livello di autonomia, elemento essenziale del fabbisogno assistenziale, e richiede per l'ammissione al servizio un punteggio di almeno 25/40; la seconda è relativa alla valutazione delle condizioni sociali, in sessantesimi, e determina le priorità di accesso.

5.3 La cartella personale

La cartella personale si apre con i dati personali dell'ospite e con il progetto personalizzato inviato dall'UVI al direttore della struttura.

Nella cartella personale devono essere, altresì, annotate le condizioni economico-familiari e sociali dell'ospite. Inoltre devono esservi

- riportati gli aggiornamenti periodici, le valutazioni e osservazioni degli operatori che concorrono all'attuazione del programma terapeutico-riabilitativo nonché l'eventuale indicazione dei soggetti titolari della tutela o curatela dell'ospite;
- annotate anche le eventuali interruzioni di trattamento o ricovero.

Fatta salva la legislazione vigente in materia di privacy, le cartelle personali, a richiesta, devono essere esibite, all'ospite, a persona da lui espressamente delegata, ai soggetti titolari della tutela e curatela nonché ai soggetti formalmente incaricati della vigilanza. Le cartelle personali, dotate di numero progressivo, sono firmate dal direttore sanitario e dal responsabile delle attività sociali, e conservate in archivio.

5.4 Il registro degli ospiti e il registro delle consegne

Ogni centro deve disporre di apposito registro ove riportare le interruzioni, anche temporanee, di trattamento o di ospitalità. Tali registri devono essere tenuti aggiornati dal personale amministrativo e resi disponibili per i controlli da parte degli organi di vigilanza.

In ogni C.D.I. deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc.

Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

5.5 Il diario delle attività collettive

Per ciascun modulo deve essere redatto un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli ospiti e dei risultati raggiunti sul piano della autonomia funzionale e sociale dagli ospiti stessi, in cui devono essere indicati gli orari in cui si svolgono tali attività e gli operatori che vi provvedono.

6. Regolamento interno

Il regolamento interno dei centri diurni, a norma dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, deve garantire:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza.
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, dentro il centro diurno, favorendo con orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori del centro diurno, consentendo all'ospite,

compatibilmente con le sue condizioni psico-fisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura.

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago;
- la socializzazione, all'interno del centro diurno, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
 - a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
 - b) individuare tutto il personale dei centri diurni mediante cartellini di identificazione
 - c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
 - d) ricevere notizia, per iscritto e preventivamente, dell'importo delle rette corrispondenti ai vari tipi di trattamento;
 - e) conoscere la carta dei servizi vigente nei centri diurni;
 - f) recarsi all'esterno delle strutture sempreché le condizioni psicofisiche lo consentano e sia assicurato, se necessario, l'accompagnamento da parte di familiari, amici, conoscenti, obiettori di coscienza, volontari ovvero di operatori della centri diurni.

Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione;

E' fatto obbligo al Responsabile della struttura di esporre, in modo visibile, all'ingresso e nelle sale di attesa, cartelli contenenti l'indicazione degli orari riservati ai colloqui degli operatori con gli utenti nonché con i loro familiari e rappresentanti legali, collegati alle reali necessità.

Il regolamento deve inoltre indicare:

- a) la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro previsti dal presente regolamento, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro.
 - b) la tipologia dei soggetti a favore dei quali è svolta l'attività nel rispetto di quanto previsto all'articolo 2 comma 2 (nuclei o moduli);
 - c) le norme igienico-sanitarie;
 - d) le finalità degli interventi;
 - e) l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
 - f) l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
 - g) le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
 - h) le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale.
- Copia del regolamento stesso deve essere esposto e resa visibile al pubblico.

7. La Carta dei servizi

Ogni struttura deve avere la Carta dei Servizi (come previsto dalla Legge 328/00 art. 13 e dal). La carta dei servizi deve contenere tra le altre informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli ospiti, delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e proteggere la riservatezza
- b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposto al pubblico in maniera visibile.

8. Vigilanza e controllo

La Regione esercita la vigilanza sui C.D.I. avvalendosi dei servizi delle ASL e dei Comuni territorialmente competenti.

Le AASSLL e i Comuni, effettuano controlli sulle RRSSAA. e sulle attività autorizzate, con periodicità almeno trimestrale ed anche mediante ispezioni.

L'attività di controllo è svolta, attraverso:

- a) Il servizio per l'igiene pubblica e ambientale per gli aspetti igienico- sanitari;
- b) Il servizio per la prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro in merito alla tutela della salute dei lavoratori e alla sicurezza degli impianti;
- c) Il Distretto e i Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito per gli aspetti assistenziali, organizzativi e di funzionamento delle strutture.

La vigilanza e il controllo verificano anche il rispetto della Carta dei servizi della struttura, compreso l'uso corretto degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.

Dell'ispezione è redatto verbale, con eventuali proposte e osservazioni, anche del responsabile della struttura. Il verbale è trasmesso, a cura del Direttore del Distretto alla Direzione Aziendale dell'ASL e all'Ufficio dell'Ambito territoriale. Da questi, il verbale di ispezione, con le eventuali disposizioni, è notificato al responsabile del CDI.

ALLEGATI

- ALLEGATO 1: SCHEDA DI VALUTAZIONE di Descrizione della complessità assistenziale per cittadini anziani e affetti da demenza
- ALLEGATO1bis: SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA CONNOTAZIONE DI GRAVITA'(allegato alla D.G.R.n.9266/96)
- ALLEGATO 2: SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL FABBISOGNO SOCIALE degli anziani e dei disabili potenziali fruitori di RSA e Centri Diurni
- ALLEGATO 3: FIGURE PROFESSIONALI E TEMPI DI ASSISTENZA PER R.S.A. E CENTRI DIURNI
- ALLEGATO 3 bis: TABELLA DELLE PRESTAZIONI

ALLEGATO 1

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA - Anziani e cittadini affetti da demenza

Lo strumento é costituito da 5 variabili:

1. Mobilità (adattato da: Barthel D.W. e coll. "Functional evaluation: the Barthel Index" Maryland State Medical Journal, 1965);
2. Stato cognitivo (adattato da: Gottfries CG e coll. "A new rating scale for dementia syndromes", Gerontology, 1982);
3. Nutrizione;
4. Continenza;
5. Lesioni da decubito, che classifica l'utenza in 3 classi determinate dalla combinazione dei punteggi ottenuti dalla valutazione delle variabili stesse.

Le schede riportate nella tabella che segue non sono, quindi, descrittive dell'autonomia ed autosufficienza, ma partendo da esse, secondo una strategia di "problem solving", definiscono una scala di complessità assistenziale e indirettamente una scala di consumo di risorse necessarie per risolvere i problemi.

Nelle scale, al punteggio basso corrisponde una bassa complessità assistenziale, mentre al punteggio alto corrisponde una alta complessità assistenziale.

(La valutazione che segue deve essere somministrata ad ogni utente durante la valutazione multidimensionale e comunque ogni qualvolta si manifestano cambiamenti rilevanti della condizione dell'ospite).

1. Mobilità

a. Spostamento dalla sedia o carrozzina al letto e viceversa, inclusa la capacità di sedersi sul letto.	Punti
Non collabora al trasferimento. Occorrono due persone per il trasferimento, con o senza sollevatore.	15
Collabora, ma vi è necessità di notevole aiuto di una persona, per uno o più aspetti del trasferimento.	12
Collabora e vi è necessità di minimo aiuto di una persona, per uno o più aspetti del trasferimento.	7
Necessità della presenza di una persona per rinforzare la fiducia dell'utente e a scopo di sicurezza	3
Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi.	0

b. Deambulazione (Se si sposta con la carrozzina compilare la voce C)	Punti
Non in grado di deambulare	15
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	12
Necessita dell'aiuto di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi.	7
E' indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 metri. Necessita di supervisione per rinforzo fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
E' capace di portare protesi e usarle se necessario, assumere la stazione eretta, sedersi e mettere gli ausili a portata di mano. E' in grado di usare stampelle, bastone, walker e di deambulare per distanze > 50 metri senza supervisione.	0

L'item che segue va utilizzato solo se l'utente è stato classificato 15 nell'item della Deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito sull'uso della carrozzina.

c. Uso della carrozzina (alternativo al punto b)	Punti
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
E' capace di brevi spostamenti e su superfici piane, e necessaria l'assistenza per tutte le manovre.	14
E' necessaria la presenza e l'assistenza di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, etc.	12
E' capace di spostarsi autonomamente per periodi e distanze ragionevolmente lunghe, su terreni e superfici regolari, può essere necessaria assistenza per curve strette e terreni e superfici irregolari.	11
E' capace autonomamente di compiere tutti gli spostamenti e le manovre, con autonomia > 50 metri.	10

d. Uso delle scale	Punti
Incapace di salire o scendere le scale	10
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.	5
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione , per sicurezza	2
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con sé durante la salita e la discesa.	0

Totale (sommare il punteggio ottenuto alle voci a, b o c, d)	
--	--

In base al punteggio ottenuto individuare, nella tabella che segue, la classe cui l'ospite appartiene e riportare il risultato nel riepilogo

Classe di appartenenza

Punti	Definizione	Classe
30 - 40	Dipendente	M1
15 - 29	Parzialmente dipendente	M2
0 - 14	Indipendente	M3

2. Cognitività e Comportamento

a. Confusione	Punti
E' completamente confuso, sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive, la personalità è completamente distrutta	8
E' chiaramente confuso e presenta, con frequenza, comportamenti anomali, compresi i disturbi del ritmo sonno veglia	6
E' chiaramente confuso e presenta, con frequenza, comportamenti anomali, senza disturbi del ritmo sonno veglia	4
Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.	2
E' in grado elaborare e comunicare pensieri, opinioni, ed ha contatti non alterati con l'ambiente.	0

b. Irritabilità	Punti
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	8
Stimoli esterni, anche non provocatori, producono spesso irritabilità non sempre controllata	6
Presenta saltuaria irritabilità, specialmente quando gli si rivolgono domande sulla sua persona	4
Presenta irritabilità solo in presenza di stimoli provocatori o quando è forzato a compiere azioni	2
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	0

c. Irrequietezza	Punti
Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace distare fermo anche per brevi periodi di tempo	8
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano	6
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà a mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti.	4
Mostra segni di irrequietezza e di insofferenza nelle attività e nei compiti assegnati, dopo un breve periodo di tempo dal loro inizio.	2
Non mostra alcun segno di irrequietezza, è normalmente attivo.	0

Totale (sommare il punteggio ottenuto alle voci a, b, e c)	
---	--

In base al punteggio ottenuto individuare nella tabella che segue la classe di appartenenza dell'ospite e riportare il risultato nel riepilogo.

Classe di appartenenza

<i>Punti</i>	<i>Definizione</i>	<i>Classe</i>
<i>16 - 24</i>	<i>Molto compromesso</i>	<i>C1</i>
<i>6 - 14</i>	<i>Compromesso</i>	<i>C2</i>
<i>0 - 4</i>	<i>Nessun Deficit</i>	<i>C3</i>

3. Nutrizione e alimentazione

a. Alimentazione (dopo aver curato eventuali problemi dentali)	Punti
Ha bisogno di essere imboccato e sorvegliato nell'alimentazione quotidiana	8
Presenta atteggiamenti compulsivi nei confronti del cibo	6
E' alimentato artificialmente	4
Il cibo deve essere preventivamente manipolato (spezzettato)	2
Non presenta particolari problemi nell'alimentazione	0

b. Idratazione	Punti
Non esprime né a gesti né a parole il bisogno di bere	8
Può assumere bevande ma non è in grado di distinguerne la natura	6
E' idratato artificialmente	4
Deve essere assistito per l'assunzione di bevande	2
E' autonomo nell'assunzione di bevande	0
<i>Totale (sommare il punteggio ottenuto alle voci a e b)</i>	

In base al punteggio ottenuto individuare nella tabella la classe di appartenenza dell'ospite e riportare il risultato nel riepilogo.

Classe di appartenenza

<i>Punti</i>	<i>Definizione</i>	<i>Classe</i>
<i>8 - 16</i>	<i>Non autosufficiente</i>	<i>A1</i>
<i>2 - 6</i>	<i>Parzialmente autosufficiente</i>	<i>A2</i>
<i>0</i>	<i>Autosufficiente</i>	<i>A3</i>

Continenza sfinterica	Punti
Vi è incontinenza sfinterica totale e incapacità di esprimere a gesti o a parole il proprio stato	8
Vi è incontinenza sfinterica parziale e incapacità di esprimere a gesti o a parole il proprio stato	6
E' capace di esprimere a gesti o parole le proprie necessità	4
Fruisce di ausili per stomia	2
E' autonomo nelle funzioni	0

In base al punteggio ottenuto individuare nella tabella che segue la classe di appartenenza dell'ospite e riportare il risultato nel riepilogo.

Classe di appartenenza

<i>Punti</i>	<i>Definizione</i>	<i>Classe</i>
<i>6 - 8</i>	<i>Non autosufficiente</i>	<i>In1</i>
<i>2 - 4</i>	<i>Parzialmente autosufficiente</i>	<i>In2</i>
<i>0</i>	<i>Autosufficiente</i>	<i>In3</i>

Lesioni da decubito	Punti
Presenza di più lesioni in IV stadio	12
Presenza di 1 lesione in IV stadio	6
Presenza di 1 o più lesioni in III stadio	4
Presenza di 1 o più lesioni in I e/o II stadio	2
Assenza di lesioni da decubito	0

In base al punteggio ottenuto individuare nella tabella che segue la classe di appartenenza dell'ospite e riportare il risultato nel riepilogo.

Classe di appartenenza

<i>Punti</i>	<i>Definizione</i>	<i>Classe</i>
<i>6 - 12</i>	<i>LdD con alto impegno</i>	<i>L1</i>
<i>2 - 4</i>	<i>LdD con medio impegno</i>	<i>L2</i>
<i>0</i>	<i>Assenza di LdD</i>	<i>L3</i>

Riepilogo

<i>Classi di complessità</i>	<i>Range</i>	<i>Livello di assistenza</i>
<i>Basso carico</i>	<i>0 - 26</i>	
<i>Medio carico</i>	<i>27 - 57</i>	<i>Medio-lieve</i>
<i>Alto carico</i>	<i>58 - 100</i>	<i>Alto</i>

Nel corso dei primi due anni di applicazione della legge si procederà ad un attento monitoraggio dei risultati al fine di ottimizzare il sistema elaborato.

ALLEGATO 1 BIS

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA CONNOTAZIONE DI GRAVITA' PER DISABILI

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Residenza _____ Comune _____

Provincia _____ Regione _____ Tel _____

Provenienza* _____ Cod.Fisc. _____

Domicilio del Tutore _____

Stato civile _____ A.S.L. _____ Distretto _____

Struttura di ricovero _____

Data del ricovero _____

Prestazione riabilitative ex art. 26 già fruite alla data del ricovero _____

Note _____

* Indicare regione e comune di origine se trattasi di residenza acquisita a seguito di domicilio di soccorso

DATI SOCIO SANITARI

TIPO DI DISABILITA'	A) LIEVE	B) MEDIO	C) GRAVE	D) DX	E) SX
Disturbi dell'udito					
Disturbi della vista					
Mancanza o disturbi della funzione arti-sup.					
Arti inferiori					
Difficoltà della deambulazione					
Disturbi della prensione manuale					
Disturbi del linguaggio					
Insufficiente mentale o ritardo					
Disturbi psichici e/o neurologici					
Epilessia					
Dipendente da patologie di organi interni					
Altro					

SITUAZIONE FAMILIARE

Composizione del nucleo familiare _____

Risultanze inchiesta sociale _____

Frequenta la scuola Si () No ()

Fruisce di sostegno Si () No ()

Fruisce di assistente Materiale Si () No ()

Diagnosi funzionale (sintesi) _____

Fruisce di indennità di accompagnamento Si () No ()

Come e da chi è effettuato _____

Fruisce di indennità di assistenza continua Si () No ()

Come e da chi è effettuato _____

Fruisce di assistenza protesica Si () No ()

Tipo e codici (indicare le forniture con le date) _____

1) DISABILITA' MOTORIE

- A) E' capace di variare il decubito a letto si () no () no punti 5 si punti 0
 Peso maggiore di Kg 89 () punti 2,25
 Peso compreso tra Kg 70 e 89 () punti 1,75
 Peso compreso tra Kg 50 e 69 () punti 1,25
 Peso compreso tra Kg 30 e 49 () punti 0,75
 Peso minore di Kg 30 () punti 0,25
- B) E' capace di assumere al massimo la posizione
 Seduta a letto anche con appoggio si () no () no punti 5 si punti 2,50
 Peso maggiore di Kg 89 () punti 2,00
 Peso compreso tra Kg 70 e 89 () punti 1,75
 Peso compreso tra Kg 50 e 69 () punti 1,25
 Peso compreso tra Kg 30 e 49 () punti 0,75
 Peso minore di Kg 30 () punti 0,25
- C) E' capace autonomamente di alzarsi dal letto si () no () no punti 5 si punti 2,00
- D) Si sposta autonomamente da un ambiente
 All'altro su uno stesso piano si () no ()
 no punti 1,50 si con ausilio () punti 1,00 si senza ausilio () punti 0,50
- E) Sale le scale autonomamente si () no ()
 no punti 1,50 si con ausilio () punti 0,50 si senza ausilio () punti 0

2) BISOGNI PRIMARI

A) ALIMENTAZIONE

- Si alimenta da solo si () no () no punti 1,50 si punti 0
 Non mastica () punti 2,25; non ha l'uso delle mani () punti 0,75; deglutisce con difficoltà () punti 1,00

B) CONTROLLO DEGLI SFINTERI

- Controlla la minzione si () no () no punti 0,25
 Controlla le feci si () no () no punti 0,25
 Usa pannolini di notte si () no () no punti 2,00
 Esprime il bisogno di andare al gabinetto
 a gesti o a parole si () no () no punti 0,25

C) CURA DELLA PERSONA

- E' capace di svestirsi si () no () no punti 0,75
 E' capace di lavarsi le mani si () no () no punti 0,25
 Usa psicofarmaci per dormire si () no () no punti 0,50
 Necessita di particolare sorveglianza
 o assistenza notturno si () no () no punti 1,00

D) COMUNICAZIONE

- E' capace di comunicare i bisogni primari si () no () no punti 4,00
 E' capace di comprendere al massimo
 Solo ordini semplici si () no () no punti 2,50
 Usa solo parole significative si () no () no punti 1,00
 Usa solo frasi semplici si () no () no punti 4,00

E) SOCIALIZZAZIONE*

- | | mai | frequente | sempre |
|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Aggressivo | () | () punti 3,75 | () punti 5,00 |
| Eccitato | () | () punti 2,25 | () punti 3,25 |
| Partecipativo | () punti 2,50 | () punti 3,75 | () punti 5,00 |

Il punteggio va attribuito in riferimento alle capacità proprie dell'età del soggetto.

Sono da considerarsi soggetti gravissimi i disabili con punteggio complessivo non inferiore a punti 15,00;

Sono da considerare soggetti gravi i disabili con punteggio complessivo non inferiore a punti 10,00;

Sono altresì da annoverare tra i soggetti gravissimi i disabili ciechi pluriminorati.

ALLEGATO 2

PREMESSA

La presente scheda è uno strumento da adottarsi in via sperimentale per la durata di 12 mesi.

La valutazione avviene in 2 fasi:

1. *la PRIMA FASE è relativa al livello di autonomia;*
2. *la SECONDA FASE è relativa alla valutazione delle condizioni sociali.*

Al livello di autonomia può essere attribuito un punteggio massimo di 40 punti. Si stabilisce che l'ammissione alle RSA e ai Centri Diurni Integrati è subordinata al raggiungimento di un punteggio di almeno 25/40 nella valutazione del livello di autonomia (prima fase).

Inoltre il punteggio raggiunto nella valutazione delle condizioni sociali (in sessantesimi) determina le priorità di accesso alle strutture stesse.

La complessità della scheda e l'esigenza di un uso appropriato esigono che essa debba essere presentata e spiegata agli utilizzatori. E' questa una necessaria componente della fase di sperimentazione.

Per chiarezza si precisa che la valutazione della situazione economica viene assunta all'interno di questa scheda come uno degli indicatori, con un suo peso specifico, che concorre insieme agli altri a definire il fabbisogno sociale di anziani e disabili.

L'indicatore considerato, in coerenza con le Linee Guida Sociali (Capitolo 2, paragrafo 2.7), è l'ISEE. Si assume qui dalle stesse linee guida una scala di articolazione dei valori ISEE. A ciascuna soglia viene in questa scheda assegnato un punteggio corrispondente (per esempio: al valore ISEE inferiore a € 5.000,00 si attribuisce il massimo punteggio di 20).

Naturalmente l'indicatore ISEE viene utilizzato anche per disciplinare la compartecipazione dell'utente alla copertura della retta. In merito si rimanda alle Linee Guida Sociali anno 2004, capitolo 2, paragrafo 2.7, ad ulteriori indicazioni della Regione e ai regolamenti che gli ambiti approveranno ai fini della compartecipazione.

LA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL FABBISOGNO SOCIALE DEGLI ANZIANI PER I SERVIZI DI RSA,
CD PER ANZIANI E DISABILI

La presente scheda è strutturata in 7 parti principali:

Prima fase: Livello di autonomia

Punteggio minimo: 25/40

1. Livello di autonomia	40
-------------------------	----

Seconda fase: Valutazione sociale

Criterio di valutazione	Ponderazione
1. Situazione abitativa	5
2. Situazione lavorativa familiare di riferimento	5
3. Stato e composizione del nucleo familiare e valutazione delle potenzialità	10
4. Vita di relazione	10
5. Carico assistenziale della famiglia	10
6. Situazione economica	20
Totale	60

Scheda di valutazione del fabbisogno dell'anziano e del disabile

La presente scheda riporta per intero la scheda sociale per la valutazione, in cui le varie voci vengono esplicitate, l'ultima colonna riporta i punteggi da applicare alle diverse risposte.

Operatore responsabile della compilazione _____

Comune di _____ Data di compilazione _____

Dati anagrafici e composizione del nucleo familiare²

L'anziano o il disabile

Questi dati si riferiscono alla persona anziana o disabile. Tali dati non concorrono alla formazione del punteggio.

Nome e cognome	_____
----------------	-------

Data di nascita	Gg_____ mese_____ anno_____
-----------------	-----------------------------

Sesso	Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>
-------	----------------------------------	----------------------------------

Stato civile:	- celibe/nubile	<input type="checkbox"/>
	- coniugato/a	<input type="checkbox"/>
	- convivente	<input type="checkbox"/>
	- separato/a	<input type="checkbox"/>
	- divorziato/a	<input type="checkbox"/>
	- vedovo/a	<input type="checkbox"/>

Residenza: via/piazza _____ n. _____

Città _____

prov. _____ Telefono _____

Domicilio attuale: via/piazza _____ n. _____

Città _____ prov. _____

Telefono _____

La residenza e il domicilio possono non coincidere, per questo si chiede di indicarli. Il richiedente e la famiglia fruitrice devono essere domiciliati ed abitare effettivamente in uno dei comuni del distretto.

Il richiedente

Nome e cognome	_____
----------------	-------

Residenza: via/piazza _____ n. _____

Città _____ prov. _____

Telefono _____

² Questa prima parte è funzionale alla raccolta di informazioni, non costituisce elemento di valutazione.

Referente (persona che offre la maggior quantità di tempo nella cura dell'anziano)

Il referente è la persona che si occupa per la maggior parte del tempo della cura dell'anziano o del disabile. Può essere sia un parente, che un conoscente. Tali dati non concorrono alla formazione di punteggio.

Cognome e nome _____

Sesso: M - F Età _____ Professione: _____

Domicilio: via _____ n. _____

Città _____ prov. _____

Telefono _____

Posizione del referente rispetto all'anziano

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - figlio/a | <input type="checkbox"/> | - vicino | <input type="checkbox"/> |
| - moglie/marito | <input type="checkbox"/> | - volontario | <input type="checkbox"/> |
| - fratello/sorella | <input type="checkbox"/> | - altro (specificare _____) | <input type="checkbox"/> |
| - genero/cognato | <input type="checkbox"/> | | |

Dati relativi alla rete familiare

Parenti conviventi

Sono da intendersi tutte le persone che effettivamente vivono nello stesso nucleo. L'analisi della rete familiare non da punteggio.

Nome e cognome	Relazione parentale	Professione	Età

Parenti non conviventi* (figli o nipoti diretti di età > a 18 anni o fratelli/sorelle)

Sono da indicare o i figli o nipoti o fratelli/sorelle tutti maggiorenni

Nome e Cognome	Relaz. Parentale	Professione	Età	Comune di residenza

PRIMA FASE

MODALITA' DI COMPILAZIONE: La scheda è composta da tabelle: le ultime due colonne servono per annotare le risposte (penultima) e per attribuire il punteggio (ultima)

1. VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA DELL'ANZIANO/DISABILE - PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE=40

Sintesi situazione sanitaria _____

Sintesi situazione cognitiva _____

Usufruisce di prestazioni infermieristiche? Si - No

Necessita di protesi/ausilii al proprio domicilio? Si - No

Se si di quali? _____

IGIENE PERSONALE, ALIMENTAZIONE, MOBILITA'

1- Igiene personale - pulizia personale ordinaria		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 3
2 - Igiene personale - bagno		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 3
3 - Abbigliamento		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 3
4 - Alimentazione		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto al pasto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
aiuto totale, sorveglianza continua	<input type="checkbox"/>	Pt 3
5 - Mobilità		
si muove senza aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 0
deve essere aiutato a muoversi	<input type="checkbox"/>	Pt 3
Non è autosufficiente nel muoversi	<input type="checkbox"/>	Pt 6
6 - Continenza vescicole		
Conservata	<input type="checkbox"/>	Pt 0
Intermittente	<input type="checkbox"/>	Pt 1
Mancante	<input type="checkbox"/>	Pt 2

7 - Continenza anale		
Conservata	<input type="checkbox"/>	Pt 0
Intermittente	<input type="checkbox"/>	Pt 1
Mancante	<input type="checkbox"/>	Pt 2
8 - Assunzione farmaci		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 3

ATTIVITA' DOMESTICHE

1- Lavori domestici - Pulizia casa		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
svolge lavori incompleti	<input type="checkbox"/>	Pt 2
svolge rari lavori o è incapace fisicamente o mentalmente	<input type="checkbox"/>	Pt 3
2 - Cucina - Preparazione pasti		
Indipendente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
incapace fisicamente o mentalmente	<input type="checkbox"/>	Pt 3
3 - Pulizia abbigliamento		
Autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
necessita aiuto	<input type="checkbox"/>	Pt 2
non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	Pt 3
4 - Acquisti - Spese ordinarie e maggiori		
Indipendente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
effettua solo piccoli acquisti	<input type="checkbox"/>	Pt 2
non è in grado di fare acquisti	<input type="checkbox"/>	Pt 3
5 - Uso del telefono		
Usa il telefono di propria iniziativa e autonomamente	<input type="checkbox"/>	Pt 0
È in grado di rispondere ma non di chiamare	<input type="checkbox"/>	Pt 2
Non è capace di usare il telefono	<input type="checkbox"/>	Pt 3

Punteggio totalizzato =	
-------------------------	--

<p>Osservazioni: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

SECONDA FASE

1. SITUAZIONE ABITATIVA - PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE = 5

Abitazione:

centrale e servita (in città, paese, serviti da servizi quali supermercati, mezzi pubblici, poste, banche, ecc....)	<input type="checkbox"/>	Pt 0
poco servita (Frazioni che non hanno una rete di servizi propri, ma che si appoggiano su quelli del comune)	<input type="checkbox"/>	Pt 0,5
isolata (abitazioni senza rapporti di vicinato),	<input type="checkbox"/>	Pt 1

Barriere architettoniche:

assenti	<input type="checkbox"/>	Pt 0
solo esterne (gradini, passaggi stretti, ecc...)	<input type="checkbox"/>	Pt 1,5
sia interne che esterne (servizi , strettoie, gradini, ecc..)	<input type="checkbox"/>	Pt 3

Condizioni ambientali/strutturali dell'abitazione (umidità, impianti, infissi, ecc...):

adeguate	<input type="checkbox"/>	Pt 0
mediocri (ad es. difficoltà a riscaldare l'ambiente o eccessivamente caldo, presenza di umidità)	<input type="checkbox"/>	Pt 0,5
non adeguate (ad es. impianti mal funzionanti o inesistenti, infissi danneggiati, forte umidità, servizi igienici esterni, ecc...)	<input type="checkbox"/>	Pt 1

Punteggio totalizzato =	
--------------------------------	--

Osservazioni: _____ _____ _____ _____ _____
--

**2. SITUAZIONE LAVORATIVA DELLA FAMIGLIA
PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE = 5**

Nel caso in cui l'anziano/ disabile non abbia nessun parente (convivente e non) si attribuisce il punteggio massimo pari a 5 e si saltano le domande seguenti inerenti la situazione lavorativa.

Solo assoluto	<input type="checkbox"/>	Pt 5
---------------	--------------------------	------

La situazione lavorativa della famiglia risulta ai fini della cura e assistenza dell'anziano:

Molto problematica (lavoratori a tempo pieno con difficoltà a rendersi reperibili)	<input type="checkbox"/>	Pt 5
Abbastanza problematica (lavoratori con flessibilità orario e/o vicinanza a casa)	<input type="checkbox"/>	Pt 4
Poco problematica (nel corso della giornata c'è una persona di riferimento per la cura)	<input type="checkbox"/>	Pt 3
Per nulla problematica (esiste una persona di riferimento costante per la cura)	<input type="checkbox"/>	Pt 1

Punteggio totalizzato =	
-------------------------	--

Osservazioni: _____

**3. POTENZIALITÀ DEL SISTEMA FAMIGLIA E DELLA RETE DI INTERVENTO -
PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE = 10 PUNTI**

Potenzialità assente (assenza di qualsiasi potenzialità familiare o della rete di intervento)

Solo assoluto	<input type="checkbox"/>	Punteggio = 10
---------------	--------------------------	----------------

Potenzialità interna al nucleo familiare (PI)

Si intende il nucleo familiare convivente, compreso l'interessato, escluso minorenni e invalidi con accompagnamento.

Vive solo	<input type="checkbox"/>	Pt = 4
Da 2 a 4 membri	<input type="checkbox"/>	Pt = 2
5 o oltre	<input type="checkbox"/>	Pt = 0

E' prevista una maggiorazione di al massimo 2 punti per situazioni che limitano le potenzialità interna del nucleo familiare.

Presenza all'interno del nucleo di figli minori	<input type="checkbox"/>	1 pt
Presenza all'interno del nucleo di anziani > 75 anni non invalidi	<input type="checkbox"/>	1 pt
Presenza all'interno del nucleo di invalidi	<input type="checkbox"/>	1 pt

Potenzialità esterna al nucleo familiare (PE)

Si intende parenti non conviventi tenuti agli alimenti (figli o nipoti diretti di età > 18 anni o fratelli/sorelle)* che abitano nel raggio di 50 Km dall'anziano/disabile (sono esclusi minori e invalidi civili con accompagnamento).

Sono da intendersi parenti maggiorenni che non vivono con l'anziano/ disabile, ma che comunque possono rientrare in un progetto di aiuto. (ad esempio i figli di un extracomunitario che abitano ancora nel paese d'origine non possono essere presi in considerazione, in quanto è impensabile che possano diventare una potenzialità)

Nessuno	<input type="checkbox"/>	Pt = 3
Da 1 a 2 membri	<input type="checkbox"/>	Pt = 2
3 o oltre	<input type="checkbox"/>	Pt = 1

* sono da considerare i nipoti diretti in mancanza dei figli, i fratelli in mancanza degli altri due

Potenzialità rete d'intervento

Si intende l'analisi della rete d'intervento, privata, a pagamento o volontaria. (cumulativi fino ad un punteggio massimo pari a 3)

Alcune riflessioni: in questa parte si possono accumulare punteggi fino ad un max di 3 punti in quanto si presuppone che se usufruisce dell'aiuto di più persone l'anziano/disabile sia in condizioni gravi o in condizioni in cui la famiglia da sola non riesce a farvi fronte. Se invece la famiglia usufruisce della colf piuttosto che della badante in quanto se lo può permettere verrà valutato dalla situazione economica.

Colf	<input type="checkbox"/>	1 pt
Badante	<input type="checkbox"/>	2 pt
Vicino di casa	<input type="checkbox"/>	1 pt
Volontario	<input type="checkbox"/>	1 pt
Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	1 pt
Nessuno	<input type="checkbox"/>	3 Pt

Punteggio totalizzato =	
-------------------------	--

<p>Osservazioni: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

4 . VITA DI RELAZIONE
PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE = 10

In questa parte della scheda viene valutata il livello di solitudine relazionale che caratterizza la vita dell'anziano/disabile, è stato ritenuto opportuno quindi dare un punteggio maggiore a coloro che si trovano in condizioni psichiche integre o parzialmente confuse in quanto si presuppone che il SAD in questo senso possa migliorare la loro qualità di vita.

ASSISTENZA TUTELARE

Integro	<input type="checkbox"/>	Pt 3
Parzialmente confuso/disorientato	<input type="checkbox"/>	Pt 2
Confuso/non integro	<input type="checkbox"/>	Pt 1

VITA DI RELAZIONE

Indicare come l'anziano gestisce la propria vita di relazione.

Incontra fuori casa amici, conoscenti e parenti?

NO	<input type="checkbox"/>	Pt 3
SI occasionalmente	<input type="checkbox"/>	Pt 2
SI frequentemente	<input type="checkbox"/>	Pt 1

Si prevede una maggiorazione di 1 punto se incontra amici/ conoscenti/ parenti solo se stimolato e/o accompagnato.

Se hanno risposto SI alla domanda precedente:

Per incontrare amici, conoscenti e parenti l'anziano/ disabile deve essere stimolato e/o accompagnato?

SI	<input type="checkbox"/>	Pt 1
No	<input type="checkbox"/>	Pt 0

L'anziano / disabile nella propria abitazione riceve visite da parenti, amici, conoscenti?

No, mai	<input type="checkbox"/>	Pt 4
Si occasionalmente	<input type="checkbox"/>	Pt 2
Si frequentemente	<input type="checkbox"/>	Pt 1

Punteggio totalizzato =	
-------------------------	--

Osservazioni: _____ _____ _____ _____ _____

**5. CARICHI ASSISTENZIALI DELLA FAMIGLIA
PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE = 10**

Rispetto alla condizione di bisogno espresso la sua percezione è che questo permane da quanto tempo?

- molto tempo	<input type="checkbox"/>	Pt 3
- abbastanza tempo	<input type="checkbox"/>	Pt 2
- poco tempo (è un problema recente)	<input type="checkbox"/>	Pt 1
- è appena successo	<input type="checkbox"/>	Pt 0

Di quali altri servizi usufruisce per la cura/ assistenza dell'anziano/disabile?

Rispetto alla condizione di bisogno espresso lei quanto si sente supportato dalla rete dei servizi presenti sul territorio?

- molto supportato	<input type="checkbox"/>	Pt 0
- abbastanza supportato	<input type="checkbox"/>	Pt 1
- poco supportato	<input type="checkbox"/>	Pt 2
- per nulla supportato	<input type="checkbox"/>	Pt 3

Vi sono all'interno del sistema familiare persone con specifiche problematiche?

Si	<input type="checkbox"/>	passa sotto
No	<input type="checkbox"/>	Pt 0

Se si, quali?

Patologia psichiatrica	<input type="checkbox"/>	presenza di una problematica =2 pt presenza di 2 problematiche o + = 4 punti
Disabilità	<input type="checkbox"/>	
Problemi di dipendenza	<input type="checkbox"/>	
Malattie e difficoltà psicologiche	<input type="checkbox"/>	
Altro (spec. _____)	<input type="checkbox"/>	

Punteggio totalizzato =	
-------------------------	--

Osservazioni: _____

**6. SITUAZIONE ECONOMICA-
PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE = 20**

Dalla documentazione allegata il parametro ISEE del richiedente è pari a € _____ e sulla base della scala di punteggi riportata il punteggio ottenuto è =:

ISEE inferiore a 5000,00	PUNTI 20
ISEE compreso fra € 5001,00 e € 6000,00	PUNTI 19
ISEE compreso fra € 6001,00 e € 7000,00	PUNTI 18
ISEE compreso fra € 7001,00 e € 8000,00	PUNTI 16
ISEE compreso fra € 8001,00 e € 9000,00	PUNTI 14
ISEE compreso fra € 9001,00 e € 10000,00	PUNTI 12
ISEE compreso fra € 10001,00 e € 11000,00	PUNTI 10
ISEE compreso fra € 11001,00 e € 12000,00	PUNTI 8
ISEE compreso fra € 12001,00 e € 13000,00	PUNTI 6
ISEE compreso fra € 13001,00 e € 14000,00	PUNTI 4
ISEE compreso fra € 14001,00 e € 15000,00	PUNTI 2
ISEE superiore a € 15000,00	PUNTI 0

Punteggio totalizzato =	
-------------------------	--

Osservazioni: _____ _____ _____ _____
--

Punteggio complessivo totalizzato =	
-------------------------------------	--

Data _____

Firma dell'assistente sociale

- FIGURE PROFESSIONALI E TEMPI DI ASSISTENZA -
 PER
 R.S.A. ANZIANI
 R.S.A. DISABILI
 C.D. ANZIANI
 C.D. DISABILI

RSA ANZIANI MODULO 20 OSPITI DI ALTO LIVELLO ASSISTENZIALE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore sett/nucleo
Medici	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	216	144
	Fisioterapisti	D	108	36
	Animatore di Comunità	C	216	72
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	324	108
	OSS*#	B	432	252
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12
* Per le figure contrassegnate con l'asterisco la dotazione organica espressa in ore e i relativi valori comprendono anche la turnazione e i riposi compensativi.				
# In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA				

CENTRO DIURNO DISABILI 20 OSPITI				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore settimanali
Medico Responsabile	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	54	18 per fasce orarie
	Fisioterapisti	D	108	36
	Terapista occupazionale	D	108	36
	Educatore professionale	D	108	36
	Psicologo	Dir.	36	12
	Animatore di Comunità	C	108	36
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	216	72
	OSS#		108	36
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12
# In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA				

RSA DISABILI MODULO PER 20 OSPITI DI MEDIO LIVELLO ASSISTENZIALE

Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore sett/nucleo
Medici	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	108	36
	Fisioterapisti	D	162	54
	Terapista occupazionale	D	108	36
	Educatore Professionale	D	108	36
	Animatore di Comunità	C	108	36
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	216	72
OSS*#	B	108	180	
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12

* Per le figure contrassegnate con l'asterisco la dotazione organica espressa in ore e i relativi valori comprendono anche la turnazione e i riposi compensativi.

In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA

RSA DISABILI MODULO 20 OSPITI DI ALTO LIVELLO ASSISTENZIALE

Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore sett/nucleo
Medici	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	216	144
	Fisioterapisti	D	162	54
	Terapista occupazionale	D	108	36
	Educatore professionale	D	108	36
	Animatore di comunità	C	108	36
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	324	108
OSS*#	B	432	252	
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12

* Per le figure contrassegnate con l'asterisco la dotazione organica espressa in ore e i relativi valori comprendono anche la turnazione e i riposi compensativi.

In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA

CENTRO DIURNO ANZIANI 20 OSPITI PER DEMENZE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore settimanali
Medico Responsabile	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	54	18
	Fisioterapisti	D	108	36
	Terapista occupazionale	D	108	36
	Psicologo	Dir.	36	12
	Animatore di Comunità	C	108	36
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	216	72
	OSS#	B	108	36
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12
# In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA				

CENTRO DIURNO ANZIANI 20 OSPITI				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore settimanali
Medico Responsabile	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	54	18
	Fisioterapisti	D	108	36
	Terapista occupazionale	D	108	36
	Psicologo	Dir.	36	12
	Animatore di Comunità	C	108	36
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	108	36
	OSS#	B	108	36
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12
# In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA				

RSA ANZIANI 20 OSPITI PER DEMENZE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore sett/nucleo
Medici	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	216	144
	Fisioterapisti	D	108	36
	Terapista occupazionale	D	54	18
	Psicologo	Dir.	36	12
	Animatore di Comunità	C	108	36
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	324	108
	OSS*#	B	400	216
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12
* Per le figure contrassegnate con l'asterisco la dotazione organica espressa in ore e i relativi valori comprendono anche la turnazione e i riposi compensativi.				
# In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA				

RSA ANZIANI MODULO PER 20 OSPITI DI MEDIO LIVELLO ASSISTENZIALE				
Profilo	Qualifica funzionale	Cat.	Min.sett/ospite	Ore sett/nucleo
Medici	Dir.			12
Personale infermieristico, tecnico e ausiliario	Infermiere	D	108	36
	Fisioterapisti	D	108	36
	Terapista occupazionale	D	54	18
	Animatore di comunità	C	216	72
	Assist. Sociale	D	36	12
	OSA	A ₃	324	108
		OSS*#	B	216
Personale amministrativo	Assistente Amm.vo	C	36	12
* Per le figure contrassegnate con l'asterisco la dotazione organica espressa in ore e i relativi valori comprendono anche la turnazione e i riposi compensativi.				
# In attesa del completamento dei percorsi di riqualificazione professionale è ammessa la presenza degli OTA				

**TABELLA DELLE PRESTAZIONI
EROGATE NELLE R.S.A.
per anziani e disabili**

PRESTAZIONI	EROGATORE
a) medicina generale	M.M.g. + A.S.L. *
b) specialistiche, farmaceutiche, protesiche ed integrative	A.S.L. *
c) infermieristiche	Struttura con personale interno + A.S.L. *
d) assistenza tutelare ed aiuto infermieristico	Struttura con personale interno
e) attività sociali	Struttura con personale interno
f) assistenza sociale	Servizi sociali territoriali
g) fisioterapiche e riabilitative	Struttura con personale interno + A.S.L.
h) consulenza e controllo dietologico	ASL
i) sostegno psicologico	Struttura con personale interno + ASL
l) alberghiere	Struttura con personale interno
m) attività di animazione, socializzazione, ricreative e di integrazione con l'ambiente	Struttura con personale interno
n) trasporto, accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie esterne	Struttura con personale interno

* Per gli ospiti delle RSA, l'assistenza sanitaria d'urgenza è garantita dal servizio di emergenza sanitaria; l'assistenza notturna è garantita dalle ASL, secondo i modelli organizzativi della continuità assistenziale.