

Allegato 4 - Requisiti specifici e di personale delle strutture extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie

Requisiti specifici delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale

1. Premessa Generale

I requisiti regionali per l’Autorizzazione e l’Accreditamento Istituzionale e di Eccellenza degli erogatori pubblici e privati di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali sono finalizzati soprattutto a garantire processi di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), per la esigibilità dei bisogni/diritti del cittadino attraverso la piena attuazione dei LEA.

La Regione Calabria intende, così, garantire il diritto del cittadino::

- a) ad avere assicurati i livelli essenziali di assistenza;
- b) ad una valutazione tecnico-scientifica del proprio bisogno, ed all’individuazione del livello appropriato di intensità assistenziale;
- c) all’appropriatezza del ricovero, alla qualità dei servizi ed alla qualità delle prestazioni;
- d) alla libera scelta della struttura pubblica o privata accreditata per servizi e prestazioni finalizzati a garantire la esigibilità del livello di intensità individuato e riportato nel Piano di assistenza individuale;

Per garantire tali diritti, il SSR promuove la organizzazione di un sistema integrato di strutture e servizi territoriali idonei a garantire i LEA.

Le strutture di seguito elencate rappresentano un punto fondamentale nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Dette strutture erogano gran parte dell’offerta di servizi afferente le attività territoriali e distrettuali, alternative e sostitutive al ricovero ospedaliero.

La definizione dello specifico fabbisogno, già definito con DPGR n 18/2010, così per come integrato e modificato con DCA n 76/2015 rappresenta non semplicemente un’alternativa ai ricoveri ospedalieri, come spesso si ritiene, ma un tassello di primaria importanza nell’ambito del più complessivo mosaico assistenziale di livello territoriale.

Uno degli elementi fondanti della programmazione regionale deve essere difatti ricondotto non già all’alternativa residenzialità/ospedale quanto, piuttosto, alla coesistenza contemporanea e strettamente correlata tra residenzialità e domiciliarità. Solo così si può inquadrare adeguatamente il ruolo assistenziale svolto dall’opzione residenziale che, attraverso meccanismi di cooperazione amministrata, deve trovare governance univoca con quella domiciliare.

Il fabbisogno di queste strutture è stabilito con il Piano Sanitario Regionale, ma è evidente che il loro potenziamento e la loro diffusione sul territorio rappresentano l’unica alternativa a ricoveri ospedalieri, talvolta inappropriati rappresentando un risparmio economico a fronte di una spesa altrimenti indirizzata verso l’ospedale.

È altresì evidente che il carico assistenziale delle malattie cronico - degenerative, in progressivo ed inarrestabile aumento per l’invecchiamento della popolazione, e le disabilità associate a questo tipo di patologie, necessita un approccio diverso da quello finora erogato che possa coniugare: l’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la qualità delle prestazioni erogate, la sicurezza del paziente, la tutela della salute, il soddisfacimento territoriale del fabbisogno, l’umanizzazione e la facilitazione dei percorsi, il diritto di accesso equo, indistinto e solidale e per ultimo l’attenzione ai costi.

L’appropriatezza delle prestazioni deve essere ricondotto ad una corretta parametrizzazione dei livelli di intensità assistenziale così per come scaturiscono dagli specifici bisogni/diritti di salute valutati attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale (appropriatezza di livello).

L’appropriatezza delle prestazioni garantisce il giusto livello di intensità assistenziale ad uno specifico bisogno/diritto di salute valutato con metodiche tecnico/scientifiche.

Ciò esige che il servizio sanitario regionale abbia una classificazione appropriata delle singole strutture (riconosciuta a livello nazionale), ognuna delle quali definita a seconda dello specifico livello di intensità assistenziale che è chiamata a sostenere oppure che una stessa struttura possa essere articolata in moduli terapeutici, tra loro complementari, che assicurino diversi livelli di intensità assistenziale a favore di particolari categorie di soggetti (anziani, disabili, età evolutiva, ecc..) oppure all’interno di medesimi servizi e prestazioni (riabilitazione, specialistica, ecc...). Si hanno così Strutture che sono organizzate in sistemi di assistenza integrata che permettono anche una economia di scala in quanto alcuni servizi potranno essere del sistema e non dei singoli moduli.

Deve ancora sottolinearsi come, per quanto predetto, nei livelli di intensità assistenziale vada ricercata la corrispondenza tra opzione residenziale ed opzione domiciliare.

La qualità della struttura classificata dovrà essere sostenuta da elementi oggettivi sia per le autorizzazioni al funzionamento sia per gli accreditamenti e sia per le eccellenze.

I requisiti riguardano:

- la organizzazione

- le tecnologie
- le strutture fisiche

Per la organizzazione è necessario pervenire alla determinazione quali - quantitativa delle risorse umane tenendo nella dovuta considerazione:

- i livelli di intensità assistenziale della struttura e/o del “modulo” del sistema di assistenza integrata
- la tipologia di prestazioni che tali livelli esigono e le relative figure professionali
- i minuti di assistenza medi che ogni figura professionale deve assicurare giornalmente e/o periodicamente
- la tipologia della organizzazione clinica, igienico - organizzativa ed amministrativa.

Per le tecnologie è necessario individuare quelle che garantiscono un sereno confort alberghiero ma anche un supporto efficace al percorso terapeutico finalizzato, ove possibile, anche alla maggior autonomia ed autogestione degli ospiti.

In tutte le strutture deve essere assicurata una temperatura degli ambienti di 20°C/22°C centigradi nel semestre invernale (ora solare), e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo

Per le strutture fisiche, i requisiti debbono garantire, per quanto possibile, la privacy, la socializzazione, l’animazione, gli spazi terapeutici e riabilitativi, ecc.

I requisiti specifici di seguito indicati devono essere coerenti con le disposizioni regionali a suo tempo emanate (DGR 133/99 e DGR 3137/99) ed integrati con i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici generali previsti dal regolamento regionale e dai manuali dell’Autorizzazione e dell’Accreditamento ai sensi dell’art. 11 comma 5 della Legge Regionale del 18 luglio 2008, n. 24.

2. Finalità del documento

Il presente documento procede alla riclassificazione delle strutture effettuata in coerenza con la tipologia di utenza trattata e l’intensità delle cure prestate, consentirà la corretta individuazione e quantificazione dei requisiti di cui le strutture medesime dovranno essere dotate e, conseguentemente, la determinazione dei costi da sostenere, soprattutto in relazione al requisito organizzativo. Ovviamente, *in considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione erogata non potrà essere quello dell’episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza (...)si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale vengono erogate in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il panel dell’assistenza residenziale* (Relazione finale Mattone 12 *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali* – Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA). Allo stesso modo, consentirà la corretta imputazione delle quote di partecipazione ai diversi soggetti (FSR – FS nella quale trova capienza la partecipazione dell’Ospite), operando la necessaria distinzione tra costi totalmente sanitari (riferibili all’assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali), costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari), e costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione).

Il sistema che si intende delineare fonda sulla distinzione tra il concetto di prestazione e quello di processo assistenziale, presupponendo l’uno la semplice operatività dei singoli, ed imponendo l’altro un vero e proprio percorso che, muovendo da una richiesta, passi attraverso una analitica fase di decodifica degli effettivi bisogni assistenziali, per giungere alla declinazione delle molteplici modalità di soddisfazione delle stesse. Il metodo è quello della multidimensionalità, della multidisciplinarietà, della multiprofessionalità (tutti a forte connotazione interistituzionale) e, quindi, di una totale presa in carico, che contempli specifici percorsi di reversibilità dei differenti livelli di cura.

Su tali basi si ipotizza un sistema a connotazione *integrata*, non solo in ragione della interconnessione tra le due componenti assistenziali, quella sanitaria e quella sociale, ma anche e soprattutto in quanto sistema in grado di scomporre e ricomporre le diverse componenti (interne e/o esterne, sempre e comunque appartenenti al complesso e variegato sistema socio-sanitario) in un processo di continuo adattamento ai diversi bisogni assistenziali dei singoli. Si intende così andare oltre la consueta classificazione dei diversi livelli di cura definiti su base strutturale, per spostare il focus assistenziale sul grado di intensità delle cure (intensiva, estensiva, lungoassistenza) e fornire così appropriate risposte ai molteplici bisogni di tipo strettamente sanitario, socio-sanitario e socio assistenziale in senso stretto.

3. Riclassificazione delle Strutture e livelli di intensità di cure

Sulla base delle finalità evidenziate al precedente punto 2, si intende proporre la riclassificazione delle strutture in coerenza con il livello di intensità delle cure e con le indicazioni della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA.

Conseguentemente, in applicazione del "Mattone 12 *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*", è possibile distinguere le strutture in oggetto come segue:

A. Strutture sanitarie di cura e recupero, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- ***RI: nuclei specializzati per pazienti non autosufficienti*** richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica ed assistita, nutrizione entrale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (pazienti in stato vegetativo o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc). Strutturalmente corrispondono agli Hospice (per i pazienti terminali) e, in larga parte anche alle RSA Medicalizzate o *moduli* da realizzarsi preferibilmente nell'ambito di strutture a connotazione RSA.
- ***RRE1 - RRE2: Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno***, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva, nonché trattamenti di mantenimento. Rientrano in tale tipologia le strutture di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera;
- ***RD2 - RD3: Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno***, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o di patologie di interesse neuropsichiatrico. Rientrano in tale tipologia i Centri di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera, Ambulatoriale e Domiciliare;

B. Strutture socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- ***R2: Unità di Cure residenziali Estensive***, nuclei specializzati per anziani non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria: cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, etc.. Strutturalmente sono riconducibili alle RSA per anziani;
- ***R2D: Nuclei demenze (tipo Alzheimer)***, nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente *protetico*. Tali nuclei devono essere realizzati nell'ambito di strutture connotate come RSA;
- ***RDI: Unità di cure intensive per SLA***, nuclei specializzati per persone affette da SLA e patologie neurodegenerative affini non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria.
- ***RD4: Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili***, per prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento in regime residenziale, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi;

C. Strutture socio-sanitarie, a connotazione sociale a rilievo sanitario, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- ***R3: Unità di cure residenziali di mantenimento***, nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare ed aiuto alla persona. Strutturalmente sono riconducibili alle Case Protette per Anziani;
- ***RD5: Residenze Protette***, nel cui ambito rientrano le strutture che erogano prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare. Strutturalmente sono riconducibili alle Case Protette per Disabili Mentali, ed alle Strutture Socio-Riabilitative a ciclo diurno già Strutture a Progetto (SAID);

D. Strutture di accoglienza, a connotazione sociale-alberghiera, finalizzate a fornire una residenza a piccoli gruppi, senza particolari forme di protezione assistenziale e con assistenza sanitaria simile a quella

erogata a domicilio (Es. Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio, Case Albergo, etc.), non ricomprese nel "Mattone 12"

Il sistema prevede diversi livelli di intensità di cure, pertanto, l'accesso del cittadino-utente rimane subordinato alla verifica dell'eleggibilità nell'ambito del livello richiesto. Si tratta, peraltro, di un percorso già normativamente codificato (L.R. n. 11/2004; D.P.G.R. n. 12/2011; D.C.A. n. 71/2014) al quale si fa espresso rinvio.

La rivisitazione del complessivo sistema di Assistenza Residenziale deve necessariamente muovere da un inquadramento dei diversi livelli di intensità assistenziale sottesi ai bisogni esibiti dai pazienti in sede di prima valutazione.

Non può trascurarsi, peraltro, la necessità di rendere univoca questa quantificazione all'interno del sistema di cure, con ciò intendendosi la complessiva offerta assistenziale domiciliare/residenziale e precisando come la residenzialità debba rappresentare un'*alternativa* all'ambito privilegiato di cura che rimane ovviamente quello **domiciliare**. A tale proposito deve ribadirsi come le due opzioni assistenziali (domiciliare – residenziale) non devono essere gestionalmente vissute come poli contrapposti. Le due opzioni devono convivere armoniosamente attraverso una sapiente *governance*, frutto di un'adeguata modulazione valutativa e di un'**apertura dell'offerta di prestazioni domiciliare al sistema di offerta di residenzialità**.

L'inserimento nelle strutture residenziali secondo il profilo di complessità individualmente esibito, consente di superare la criticità attualmente rappresentata dalla impossibilità di un inserimento coerente ed appropriato definito sulla base delle condizioni cliniche e del miglioramento/peggioramento delle stesse che, al contrario, rimane attualmente correlato esclusivamente alla disponibilità di posti letto.

Peraltro, un sistema basato sull'inserimento dei pazienti nel livello di cura più appropriato al tipo di fabbisogno assistenziale individualmente esibito, consente di registrare ricadute positive anche in termini di contenimento della spesa.

Alla luce di questa premessa, l'ipotesi è quella di parametrare l'intensità assistenziale sulla scorta del livello di protezione/gravità delle patologie trattate e della durata dell'assistenza/tipologia della patologia trattata.

Quindi si ipotizza un Sistema di classificazione dei pazienti che dovranno presentare caratteristiche specifiche per l'inserimento nelle differenti strutture che dovranno così essere classificate dal più elevato grado di complessità a quello più lieve, per quanto riguarda i disabili, fino ad arrivare ad un livello che possa trattare problemi di esclusiva natura socio-assistenziale.

4. Livelli di intensità di cure e tipologia dei pazienti appropriata

Possono così essere identificate, in coerenza con i livelli di intensità assistenziale sopra ipotizzati, quattro differenti tipologie di bisogno e quindi di intensità assistenziale:

- **tipologia A:** pazienti che hanno perso temporaneamente la loro autonomia in seguito ad interventi chirurgici e/o traumi che necessitano di interventi complessi, ma concentrati nel tempo. Gli obiettivi assistenziali sono quindi rivolti, con la ovvia eccezione dei pazienti terminali, alla riacquisizione dell'autonomia. Sono inoltre da includere pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi come ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (stati vegetativi, coma, gravi insufficienze respiratorie, malattie neurodegenerative progressive, etc.). Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare può essere identificato con l'ospedalizzazione domiciliare e/o con un'assistenza domiciliare di elevata intensità. È evidente che tale tipologia si caratterizza per una breve durata (con ciò sottendendo un elevato turn over) e per un elevato costo. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di strutture classificate **R1** (ex RSA-(Modulo Intensivo)) per i bisogni prevalentemente riabilitativi in strutture deputate ad una riabilitazione di tipo intensivo.
- **tipologia A1:** pazienti in condizioni di terminalità che necessitano di interventi complessi, ma concentrati nel tempo. Sono inoltre da includere pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi come ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (stati vegetativi, coma, gravi insufficienze respiratorie, malattie neurodegenerative progressive, etc.). Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare può essere identificato con l'ospedalizzazione domiciliare e/o con un'assistenza domiciliare di elevata intensità. È evidente che tale tipologia si caratterizza per una breve durata (con ciò sottendendo un elevato turn over) e per un elevato costo. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di strutture classificate **R1** (Hospice) per i bisogni prevalentemente riabilitativi in strutture deputate ad una riabilitazione di tipo intensivo.

- **tipologia A2:** pazienti con demenza senile e disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protesico.
- **tipologia B:** pazienti non autosufficienti cronici (anziani e non portatori di gravi patologie croniche). Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono essenzialmente quelli di evitare- limitare il ricorso ad impropri ricoveri ospedalieri. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare di media/alta intensità con il supporto di medici specialisti. Detta tipologia si caratterizza per una lunga durata, basso turn over ed un costo per giornata elevato. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico dell'RSA.
- **tipologia C:** pazienti temporaneamente semiautosufficienti che necessitano di terapie specifiche limitate nel tempo integrate dalla necessità di un elevato livello di prestazioni socio-assistenziali. Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata con prevalente componente socio-assistenziale. E' evidente che si tratta di una presa in cura di breve durata con alto turn over essendo riferita la semiautosufficienza a prevalenti bisogni di tipo socio-assistenziali. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di Case protette e riabilitazione di tipo estensivo.
- **tipologia D:** pazienti permanentemente semiautosufficienti con patologie croniche lievi e necessità di elevato livello di prestazioni socio-assistenziali. Gli obiettivi assistenziali sono rappresentati dal prevenire e rallentare il peggioramento delle condizioni generali e conservare il livello di autonomia. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata a prevalente componente socio-assistenziale o, laddove sia validamente rappresentato il supporto familiare, dall'assistenza domiciliare programmata. Tale tipologia è caratterizzata da lunga durata di presa in cura e quindi basso *turn over*. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di CP socio-assistenziali, Case di riposo, Comunità alloggio.

A tal fine si individuano le seguenti caratteristiche dei pazienti:

Tipologia del Paziente per intensità assistenziale	Caratteristiche del paziente
A	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti altamente instabili con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano • Pazienti con patologie croniche in fase di riacutizzazione o pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive (SLA, sclerosi multipla) • Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale dopo una patologia acuta (ictus cerebrale, interventi chirurgici maggiori, etc.)
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti terminali (hospice)
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con demenza e gravi anomalie comportamentali • Pazienti con instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico non programmabile, più volte alla settimana, a volte quotidiano • Pazienti con condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa
B	<ul style="list-style-type: none"> • Paz. > 65 anni • Perdita autosufficienza • Pazienti con comorbidità ed instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico non programmabile, una o più volte alla settimana ma non quotidiano • Pazienti con condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa

C	<ul style="list-style-type: none"> • Paz. > 65 anni • Paz. temporaneamente semiautosufficienti e/o a rischio di disabilità • Pazienti moderatamente instabili con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile, ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana • Pazienti in condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa
D	<ul style="list-style-type: none"> • Paz. con stabilità clinica completa o con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di lunga durata (< 60 gg) • Paz. con stabilità clinica moderata che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile con intervalli di 30 – 60 giorni

6. Figure professionali

1. Direttore Sanitario (Medico dell’Assistenza e Responsabile dell’Organizzazione Sanitaria)

L’incarico è conferito ad un Medico Specialista in Igiene, esperto dei servizi sanitari e sociosanitari. Nello specifico, tale figura:

- Espleta attività assistenziali integrandosi con il Medico di Medicina Generale degli ospiti;
- È responsabile del coordinamento e dell’integrazione delle diverse componenti di assistenza per assicurare le migliori condizioni psico-fisiche degli ospiti e delle condizioni igienico sanitarie della struttura; verifica l’attuazione dei protocolli individualizzati dei singoli utenti;
- Favorisce la partecipazione delle associazioni di volontariato;
- Assicura il collegamento e l’integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale, i quali assicurano continuità assistenziale ai rispettivi assistiti, con Presidi ed Aziende Ospedaliere e con le strutture territoriali di livello distrettuale per i casi bisognevoli di ricovero ospedaliero, di accertamenti clinico-diagnostici o di consulenze specialistiche;
- Verifica il regolare approvvigionamento delle risorse, in particolare dei farmaci, previsti nell’apposito prontuario, dei presidi, di protesi ed ausili;
- Verifica il regolare funzionamento delle attrezzature;
- Vigila su corretto espletamento dei compiti da parte dei singoli operatori;
- Vigila sulla corretta tenuta della documentazione clinica e delle cartelle assistenziali degli utenti.

Le funzioni di Direttore Sanitario possono essere svolte, oltre che dal sanitario in possesso dei requisiti di cui all’art. 7, comma 2, L.R. 24/2008, dal medico specialista, limitatamente alle strutture eroganti prestazioni monospecialistiche e per un numero di posti letto non superiore a 40.

2. Medici (Specialista e MMG)

a. Il medico specialista viene identificato nella figura del geriatra per quanto attiene le strutture per anziani. Nelle strutture per disabili, lo specialista dovrà essere un neurologo o uno specialista in medicina fisica e riabilitativa (nelle residuali case protette per *disabili mentali*, lo specialista potrà essere anche uno psichiatra). Lo Specialista, oltre ad un eventuale attività consulenziale “a richiesta”, pianifica i suoi interventi programmati nell’ambito della definizione del PAI di ciascun singolo ospite. A tale figura professionale viene affidata la complessiva gestione del piano assistenziale individuale di ciascun ospite, divenendo così interfaccia privilegiata con gli specialisti ASP e con l’Unità di Valutazione Distrettuale.

b. Il Medico di Medicina Generale, a richiesta, deve espletare attività sanitaria, pari a non più di 8 (otto) ore settimanali, per garantire prestazioni proprie della sua funzione, presso strutture classificate come R2, RD1, RD4 e altre strutture residenziali descritte nel presente allegato, senza costi aggiuntivi a carico del SSR.

3. Psicologo

1. È responsabile dell’attività di riabilitazione psicologica a favore degli utenti;
2. Assolve alle funzioni di gestione e verifica dei programmi riabilitativi atti a favorire l’orientamento e a compensare le disabilità;

3. collabora con i Medici per il controllo periodico e gestione dei problemi sanitari ricorrenti;
4. gestisce nursing orientato al mantenimento delle capacità residue e, per quanto possibile, alla riabilitazione psichica dell'utente;
5. collabora alle attività di aiuto e di sostegno dell'utente che presenti eventuali problemi e difficoltà inerenti l'inserimento ;
6. promuove attività ed iniziative finalizzate al miglioramento della qualità della vita quotidiana;
7. partecipa alle riunioni di équipe per la definizione di progetti individuali;
8. cura i contatti e le relazioni con i parenti;
9. verifica l'attuazione dei programmi di animazione.

4. Infermiere Professionale

Le funzioni dell'infermiere, come da D.M.14/9/94, n° 739 “regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”, possono essere così sintetizzate:

- pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- tenuta e aggiornamento della cartella del piano individualizzato di assistenza;
- azione professionale individuale ed in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- supervisione del personale addetto all'assistenza nell'espletamento dei compiti relativi agli atti della vita quotidiana ed alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Tra il suddetto personale deve essere individuata un'unità cui affidare compiti di coordinamento del Servizio infermieristico professionale.
- Sinteticamente le funzioni affidate al *coordinatore* sono le seguenti:
- gestisce, coordina ed integra le diverse componenti di assistenza e figure professionali;
- garantisce l'approvvigionamento delle risorse (farmaci, presidi, protesi ed ausili, nonché il materiale sanitario previsto per l'emergenza);
- verifica il regolare funzionamento delle attrezzature; controlla il corretto approvvigionamento e la corretta distribuzione dei pasti;
- conserva correttamente la documentazione clinica e vigila sulla corretta tenuta della cartella personalizzata degli utenti;
- è responsabile della custodia dell'armadio medicinali prescritti agli utenti.

5. Operatore Sociosanitario addetto all'assistenza

Il Servizio di assistenza alla persona viene prestato da operatori in possesso della qualifica. Vengono fornite all'ospite tutte le prestazioni finalizzate al soddisfacimento dei suoi bisogni (assistenza diretta alla persona : aiuto per l'igiene personale e i pasti, deambulazione e mobilizzazione, vestizione, prevenzione delle complicanze dell'allettamento prolungato, pulizia ordinaria degli ambienti di vita, arredi ed attrezzature dell'utente, etc.; interventi di protezione della persona : controllo e vigilanza; interventi generali di natura assistenziale : prestazioni di carattere assistenziale volte a seguire l'evoluzione delle condizioni dell'utente; rapporti con la famiglia e con l'esterno, ecc.).

6. Professionista della Riabilitazione

L'attività di riabilitazione è garantita da personale, in possesso della qualifica di terapeuta riabilitatore, che assicurano agli utenti i trattamenti riabilitativi, con l'eventuale supervisione del *fisiatra*, per gli utenti non autosufficienti, e quella dello psicologo, per gli utenti dementi / affetti dal Morbo di Alzheimer.

I trattamenti potranno essere effettuati nella palestra o al letto del paziente, a seconda delle condizioni cliniche.

A tal fine, fatti salvi i titoli equipollenti:

1. Per terapeuta della riabilitazione si intendono:
 - a) Terapeuta della riabilitazione;
 - b) Fisioterapeuta;
2. Per Tecnico della riabilitazione si intendono:
 - a) Logopedista;
 - b) Neuropsicomotricista dell'età evolutiva;
 - c) Terapeuta occupazionale;
 - d) Tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, limitatamente alle strutture di tutela della salute mentale;

7. Educatore professionale socio-sanitario/Terapista occupazionale

Per Educatore si intendono:

1. Educatore professionale socio-sanitario;
2. Educatore di comunità e animatore di comunità (corso biennale organizzato dalla Regione Calabria), **figure ad esaurimento**, ovvero altra tipologia di Educatore professionale, che sono figure che possono rimanere in servizio ai fini del riconoscimento dei requisiti organizzativi, laddove già assunte alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Ad essi competono i Programmi individuali e collettivi di animazione e terapia occupazionale, secondo il progetto individuale, tenendo conto delle preferenze e delle possibilità di stimolazione fisica e mentale degli utenti.

8. Assistenti Sociali

Le funzioni sono quelle proprie del profilo professionale.

7. Tabella comparativa riepilogativa per la riclassificazione delle strutture

<u>Classificazione Mattone 12</u>	<u>Denominazione precedente</u>	<u>Nuova Denominazione</u>	<u>Tipologia Paziente</u>	<u>Profilo SVAMA</u>	<u>Profilo SVAMDI</u>	<u>Altro</u>
R1	Hospice	Hospice	A1			Scala Instabilità Clinica (4) KPS < 50
R2 (potenziata)	RSA (Medicalizzata)	RSA (Modulo Intensivo)	A			CIRS+ Scala Instabilità Clinica (3)
R2	RSA Anziani	RSA per Anziani	B	12 - 17		
R2D	Nucleo per demenze (Alzheimer)	Nucleo per demenze (Alzheimer)	A2	12 - 17		Demenza (Criteti DSMV) NPI>48 Aggressività, wandering (3x3)
R3	Casa Protetta per Anziani	Casa Protetta per Anziani (CPA)	C	6 - 10		
RD1	RS-SLA	Unità di Cure Intensive SLA (UCIS)	A		grave	
RD3	<u>Centro Residenziale</u> <u>Centro Diurno per Autismo</u>	Centro Residenziale			medio/grave	
		Comunità Alloggio Residenziale				
		Centro Diurno per Autismo				
		Comunità alloggio Semiresidenziale				
RD4	RSA Disabili	Residenza per Disabili	B		medio	
RD5	Casa Protetta Disabili	Casa Protetta Disabili	B		lieve	
SR (SR1)	Centro diurno per anziani	Centro diurno per anziani		<5		Supporto familiare presente
SRD (SR2)	Centro diurno Demenze	Centro diurno Demenze		<5		Supporto familiare presente

RRE1 – RRE2	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a Ciclo Continuativo	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a Ciclo Continuativo				
RRE1- RRE2	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a Ciclo Diurno	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a Ciclo Diurno				
RRE1- RRE2	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliere ambulatoriale e domiciliare	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliere ambulatoriale e domiciliare				

Strutture residenziali/domiciliari per Cure Palliative – Hospice (Mattoni 12: R1)

Sono strutture, facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento rendono necessaria una capacità ricettiva limitata e non superiore a 10 posti letto, nonché capacità di rendere fino a n. 4 trattamenti domiciliari pro *die* per posto letto.

Per le strutture residenziali, appartenenti alla rete dei servizi territoriali, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici sono i seguenti:

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali

Requisiti di assistenza “R1” da “Mattoni 12”

- Guardia Medica: H24
- Assistenza Medica: 300 minuti/*die* per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 210 minuti /*die* per paziente (garantita da personale di assistenza terapeuti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 90 minuti/*die* per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO di Strutture residenziali – domiciliari per Cure Palliative – Hospice, in un modulo di 10 p.l. sono:	
Presenza di una Equipe multidisciplinare e multi professionale, composta almeno da medico, infermiere, operatore tecnico dell'assistenza, fisioterapista, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale	
Figure professionali	
Medico di Guardia	3 (ulteriore assistenza garantita dal MMG e dalla guardia Medica)
Direttore Sanitario - Medico Responsabile	0,10
Medico Specialista (palliativista)	0,20
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	6,5
OSS	12
Psicologo	0,6
Assistente Sociale	0,6
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento possono essere aggiunte altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

Area destinata alla residenzialità

6. Gli immobili devono essere in possesso di certificato di agibilità specifico
7. La struttura deve essere localizzata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici
8. Deve esserci sufficiente protezione dal rumore cittadino o sufficiente abbattimento
9. Deve esistere un locale di accoglienza attesa con servizi igienici
10. La struttura deve essere dotata solo di camere singole
11. Le camere devono essere arredate con mobili simil abitativi e non ospedalieri
12. La camera deve avere dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore e da assicurare lo spazio adeguato per interventi medici
13. La camera deve avere un tavolo per consumare pasti e una poltrona
14. La camera deve essere dotata dei servizi igienici dotati di ausili per la non autosufficienza
15. La camera deve essere dotata di prese per l'ossigeno, il vuoto e l'aria medica
16. Devono essere presenti servizi igienici per disabili almeno 1 per modulo
17. Deve essere presente almeno un bagno assistito ogni due moduli
18. Deve essere presente un locale cucina
19. Deve essere presente un deposito/spazio per la biancheria pulita
20. Deve essere presente un deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle
21. Deve essere presente un locale di postazione per il personale di assistenza (OSS)
22. Deve essere presente un deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo in posizione idonea
23. Deve essere presente un soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura, ascolto musica/TV)

Area destinata alla valutazione e alla terapia

24. Deve essere presente un locale dotato di attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali
25. Devono essere presenti locali per prestazioni in regime diurno (day care)
26. Deve essere presente uno spazio attesa che non intralci i percorsi
27. Deve essere presente un locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.) che garantisca il rispetto della privacy

Aree generali di supporto

28. Deve essere presente un locale con accettazione con telefono/fax e spazio per le relazioni con il pubblico
29. Devono essere presenti locali spogliatoio per il personale addetto, distinto per sesso, con annessi bagni con doccia
30. locali di sosta e lavoro per il personale volontario
31. un locale per riunioni di équipe
32. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale deve essere dotata di un locale sosta salme e di una camera mortuaria
33. Deve essere presente uno spazio per i dolenti con bagno H dedicato
34. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale deve essere dotata di una sala per il culto
35. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale deve essere dotata di un locale per uso amministrativo
36. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria deve essere assicurato il servizio lavanderia, stireria e cucina

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

37. Deve essere presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°C/22°C centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo
38. Deve essere presente un montalettighe (nel caso in cui la struttura si sviluppi su più piani)

39. Deve essere presente un impianto di illuminazione di emergenza
40. Deve essere presente un impianto di forza motrice nelle camere con congruo numero di prese per l'alimentazione normale
41. Deve essere presente un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa
42. Deve essere presente un impianto centralizzato di gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria medica
43. Deve essere presente un impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo
44. Deve essere presente in ogni stanza un impianto televisivo e un telefono interno
45. Devono essere presenti in ogni stanza letti speciali con schienali regolabili
46. Devono essere presenti:
 - a) materassi e cuscini antidecubito
 - b) carrozzelle
 - c) sollevatori-trasportatori in quantità adeguata al numero dei pazienti ricoverati (almeno un sollevatore ogni modulo)
47. Deve essere presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:
 - a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci
48. Deve essere presente un elettrocardiografo
49. Deve essere presente un defibrillatore con pacing esterno
50. Devono essere presenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia
51. I pavimenti devono essere in materiale e superficie antisdrucchiolo
52. Devono essere presenti sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici
53. Deve essere presente un sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti
54. Deve essere presente un impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate
55. Deve essere presente una adeguata segnaletica

R.S.A. (MODULO INTENSIVO)- (Assimilata a R1 nel *Mattoni 12*)

Sono nuclei specializzati per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica ed assistita, nutrizione entrale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno.

Si tratta di interventi di cura complessi, ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti, con la ovvia eccezione dei pazienti terminali, alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Accedono i seguenti pazienti:

- pazienti in stato vegetativo o coma prolungato
- pazienti con gravi insufficienze respiratorie
- pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive
- pazienti moderatamente instabili che necessitano di un monitoraggio clinico quotidiano;
- pazienti con patologie croniche in fase di riacutizzazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza assimilati a “R1” da “Mattoni 12” maggiorati

- Guardia Medica: H24
- Assistenza Medica: 210 minuti/*die* per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 140 minuti /*die* per paziente (garantita da personale di assistenza terapeuti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 60 minuti/*die* per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di R.S.A. (MODULO INTENSIVO) per un modulo da 20 posti letto sono:	
Figure professionali	
Medico di Guardia	4
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista	1
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	6
OSS	9
Psicologo	0,10
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

I REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI IN UN MODULO DI 20 P.L. SONO DI SEGUITO SPECIFICATI:

6. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano

7. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
8. Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.
10. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: *Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

11. Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno per le nuove strutture)
12. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
13. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera
14. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
15. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine
16. Un bagno assistito per ogni modulo
17. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Tisaneria
19. Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)
20. Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
21. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
22. Un locale deposito biancheria sporca, e per il vuotatoio/lavapadelle
23. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
24. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n. di 4 ogni modulo)
25. Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto
26. Un sollevatore pazienti per ogni modulo
27. I letti devono essere articolati almeno ad due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).
28. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
29. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
30. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
31. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente l'impianto di climatizzazione

Area destinata alla valutazione e alle terapie

32. Locale ambulatorio - medicheria dotto di lavabo
33. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
34. Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
35. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
36. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

37. Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza:
 - a) un angolo bar
 - b) sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
 - c) un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
 - d) un locale per il culto opportunamente dimensionato

Aree generali di supporto

38. ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
39. locali per uffici amministrativi
40. spogliatoio e servizi igienici per il personale.
41. locale/cucina e dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee guida sulla Sicurezza Alimentare, o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione
42. Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

43. Magazzini
44. Camera mortuaria, come da normativa vigente
45. Un montalettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm X 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140 >.
46. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente. Nel caso di strutture preesistenti all'entrata in vigore della legge regionale 24/08 e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% dagli standard di riferimento.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

- 47 Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale
- 48 Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare
- 49 Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della STRUTTURA
- 50 Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
- 51 Coinvolgimento della famiglia dell'ospite
- 52 Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
- 53 Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
- 54 Raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento (tipo RUG)
- 55 Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
- 56 Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
- 57 Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
- 58 In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
- 59 Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
- 60 Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
- 61 Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
- 62 I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
- 63 Procedure per la gestione delle emergenze
- 64 Procedura per le richieste di visite specialistiche
- 65 Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
- 66 Procedure per:
 - a) il bagno e la doccia
 - b) l'igiene orale
 - c) l'igiene a letto
 - d) la somministrazione di farmaci
- 67 Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecali
- 68 I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
- 69 Funzione di assistenza sociale
- 70 Attività di podologia

R.S.A. PER ANZIANI - (Mattoni 12: R2)

Sono nuclei specializzati per anziani non autosufficienti, portatori di patologie croniche a rischio di instabilità clinica. Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Accedono persone non autosufficienti > 65 anni, (limite non applicabile per i soggetti con Malattia di Alzheimer) con:

- A. comorbilità e rischio di instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico, una o più volte alla settimana ma non quotidiano;
- B. condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio;
- C. necessità di assistenza tutelare completa.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate

1. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
2. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
3. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
4. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza “R2” da “Mattoni 12”

- Assistenza Medica: 160 minuti/*die* per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 140 minuti /*die* per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 45 minuti/*die* per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di R.S.A. PER ANZIANI per un modulo da 20 posti letto sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (geriatra)	0,30
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	4
OSS	8
Educatore o Terapista Occupazionale	2
Psicologo	0,10
Assistente Sociale	0,30
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo - notturno) avvengano su chiamata.

I REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI IN UN MODULO DI 20 P.L. sono di seguito specificati:

5. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
6. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
7. Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
8. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.
9. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

10. Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno per le nuove strutture)
11. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
12. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera;
13. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
14. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzina
15. Un bagno assistito per ogni modulo
16. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
17. Tisaneria
18. Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)
19. Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
20. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
21. Un locale deposito biancheria sporca, per il vuotatoio/lavapadelle
22. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
23. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n° di 4 ogni modulo)
24. Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto
25. Un sollevatore pazienti per ogni modulo
26. I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).
27. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodo
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
28. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
29. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
30. Deve essere presente l'impianto di climatizzazione.

Area destinata alla valutazione e alle terapie

31. Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
32. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
33. Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
34. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
35. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

36. Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza
37. un angolo bar
38. sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
39. un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
40. un locale per il culto opportunamente dimensionato

Aree generali di supporto

41. ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
42. locali per uffici amministrativi
43. spogliatoio e servizi igienici per il personale.
44. locale/cucina e dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee guida sulla Sicurezza Alimentare, o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione
45. Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

46. Magazzini
47. Camera mortuaria come da normativa vigente
48. Un monta lettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm X 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140 >.
49. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente. Nel caso di strutture preesistenti all'entrata in vigore della legge regionale 24/08 e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% dagli standard di riferimento.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

51. Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale
52. Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare
53. Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della Struttura
54. Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
55. Coinvolgimento della famiglia dell'ospite
56. Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
57. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
58. Raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento (tipo SVAMA/SVAMDI o RUG)
59. Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
60. Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
61. Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
62. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
63. Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
64. Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
65. Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
66. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
67. Procedure per la gestione delle emergenze
68. Procedura per le richieste di visite specialistiche
69. Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
70. Procedure per:
 1. il bagno e la doccia
 2. l'igiene orale
 3. l'igiene a letto
 4. la somministrazione di farmaci
71. Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale
72. I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
73. Funzione di assistenza sociale
74. Attività di podologia

NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer) - (*Mattoni 12: R2D*)

Sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico. Tali nuclei possono essere realizzati nell'ambito di strutture connotate come Residenza per anziani (RA), classificate "R2" in base al "*Mattoni 12*".

Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno (colloqui individuali e gruppi di auto aiuto e sostegno) e informazione utili a facilitare la gestione del paziente al ritorno al domicilio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza “R2D” da “*Mattoni 12*”

- Assistenza Medica: 120 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H12
- Assistenza Globale: > 140 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 36 minuti/die per paziente

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer) per un modulo da 20 posti letto sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10 – non deve essere presente se già esiste nella stessa struttura "R2"
Medico specialista (Neurologo/Geriatra)	0,20
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	3
OSS	9
Educatore o Terapista Occupazionale	1
Psicologo	0,33
Assistente Sociale	0,4
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

Il fabbisogno dei posti letto per questo tipo di strutture, laddove non altrimenti indicato da normative regionali, è pari al 5% del fabbisogno dei posti letto già individuato per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti ("R1", "R2", "R3").

L'assistenza infermieristica è programmata esclusivamente nelle 12 ore della fascia oraria diurna.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

6. Il nucleo deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il nucleo è composto massimo di 20 posti letto. Qualora uno o più nuclei Demenze vengono attivati all'interno di una Struttura classificata "R2" di almeno 60 posti-letto, ogni nucleo può comprendere un massimo di 10 posti-letto. Il 20% dei posti-letto del nucleo devono essere riservati ai cosiddetti ricoveri di sollievo.
8. Ogni Nucleo Demenze deve operare in stretta collaborazione con i Centri Diurni per malati con Demenza di riferimento sul territorio.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 10 mq per utente.
10. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

11. Camere di degenza a n.2 posti letto con bagno
12. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
13. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti
14. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
15. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine
16. Un bagno assistito per ogni modulo.
17. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Tisaneria
19. Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)
20. servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
21. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
22. Un locale deposito biancheria sporca, per il vuotatoio/lavapadelle
23. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
24. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n. di 4 ogni modulo)
25. Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto
26. Un sollevatore pazienti per ogni modulo.
27. I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).
28. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
29. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
30. Devono essere adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore)
31. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)

Area destinata alla valutazione e alle terapie

32. Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
33. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
34. Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
35. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
36. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

37. Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza
38. un angolo bar
39. sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
40. un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
41. un locale per il culto appositamente dimensionato

Aree generali di supporto

42. ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
43. locali per uffici amministrativi
44. spogliatoio e servizi igienici per il personale.
45. locale/cucina, dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee Guida sulla Sicurezza Alimentare
46. lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti.

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

47. Magazzini
48. Camera mortuaria secondo le norme vigenti
49. Un monta lettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140 >.
50. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) Pallone AMBU autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

51. Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale;
52. Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare

53. Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della STRUTTURA
54. Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
55. Coinvolgimento della famiglia dell'ospite
56. Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
57. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
58. Raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento (tipo SVAMA/SVAMDI o RUG)
59. Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
60. Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
61. Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
62. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
63. Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
64. Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
65. Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
66. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
67. Procedure per la gestione delle emergenze
68. Procedura per le richieste di visite specialistiche
69. Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
70. Procedure per:
 - a) il bagno e la doccia
 - b) l'igiene orale
 - c) l'igiene a letto
 - d) la somministrazione di farmaci
71. Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecali
72. I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
73. Funzione di assistenza sociale
74. Attività di podologia

CASA PROTETTA PER ANZIANI (Mattoni 12: R3)

Sono nuclei che garantiscono cure residenziali di mantenimento, nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare ed aiuto alla persona.

Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate

1. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
2. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
3. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
4. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza “R3” da “Mattoni 12”

- Assistenza Medica: 80 minuti/*die* per nucleo
- Infermiere: H8
- Assistenza Globale: > 100 minuti /*die* per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 20 minuti/*die* per paziente

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L’ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di CASA PROTETTA PER ANZIANI per un modulo da 30 posti letto sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Geriatra)	0,11
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Infermiere Professionale	2,5
OSS	8
Terapista della riabilitazione	1,5
Educatore o Terapista Occupazionale	2
Psicologo	0,35
Assistente Sociale	0,40
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

L'assistenza infermieristica è programmata esclusivamente nelle 12 ore della fascia oraria diurna.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

5. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano

6. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 30 posti letto per un massimo di tre moduli. Per le Strutture già esistenti, è consentito il mantenimento di tutti i Posti letto attualmente accreditati.
7. Ogni centro può condividere gli ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
8. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.

AMBIENTI COMUNI

9. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - a) spogliatoio e servizi igienici dedicati al personale addetto, distinti per sesso, con annessi bagni con doccia;
 - b) cucina, dispensa opportunamente dimensionati secondo le norme vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza Alimentare;
 - c) Lavanderia opportuna, ente dimensionata secondo le norme vigenti;
 - d) deposito/locale biancheria sporca
 - e) deposito/locale biancheria pulita
 - f) uffici
10. Un ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori;
11. Locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc.
12. Servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza
13. Locale per esercizio di culto e camera mortuaria secondo le norme vigenti;
14. La struttura, se disposta su più piani, deve essere dotata di impianto monta lettighe e di un ascensore come previsto nella DGR 685/2002
15. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a) locale ambulatorio con servizio igienico
 - b) spazio/palestra con relative attrezzature ed ausili con servizio igienico nelle prossimità
 - c) spazio per deposito di attrezzature, ausili e presidi
 - d) armadi idonei alla conservazione dei farmaci
 - e) bagno assistito
16. Locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico

AREA DI DEGENZA

17. ogni modulo da 30 posti letto comprende:
 - a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche
 - b) spazi multifunzionali adibiti a soggiorno/pranzo
 - c) angolo cottura
18. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) 12 mq per le camere ad un posto letto
 - b) 18 mq per le camere a due posti letto
19. Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. Le camere di degenza devono possedere il bagno in camera.
20. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza e in tutti i servizi igienici
21. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine
22. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio/guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
23. All'interno di ogni camera, deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
24. Devono essere presenti:

- a) luci di emergenza notturne
 - b) linea telefonica a disposizione degli ospiti anche con apparecchi mobili cordless
 - c) Deve essere presente l'impianto di climatizzazione.
25. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
- a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore [con pacing esterno]

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente

R.S.A. PER DISABILI (*Mattoni 12: RD4*)

Si tratta strutture socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, costituite da nuclei di Cure residenziali Estensive (nuclei specializzati) per persone in condizione di disabilità grave, finalizzate a garantire prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi.

Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Accedono persone di età compresa tra 18 e 65 aa. non autosufficienti:

- A. ADL perdute > 2**
- B. comorbidità ed a rischio di instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico, una o più volte alla settimana ma non quotidiano**
- C. condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio**
- D. necessità di assistenza tutelare completa**

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali

Requisiti di assistenza “RD4” da “Mattoni 12”

- Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo
- Assistenza Globale: > 180 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Inclusi Infermieri)
- Terapia psico-educativa > 120 minuti/die per paziente
- Terapia riabilitativa > 60 minuti/die per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di R.S.A. PER DISABILI, in un modulo di 20 p.l. sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Neurologo/Fisiatra)	0,20
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione o Tecnico della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	4
OSS	8
Psicologo	0,33
Educatore o Terapista Occupazionale	2
Assistente Sociale	0,33
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

6. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
8. Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.
10. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: *Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

11. Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno H per le nuove strutture)
12. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
13. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera;
14. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
15. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzina
16. Un bagno assistito per ogni modulo
17. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Tisaneria
19. Locale soggiorno/pranzo, (*Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate*)
20. Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
21. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
22. Un locale deposito biancheria sporca, per lo svuotamento o per il lavapadelle
23. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
24. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n° di 4 per ogni modulo)
25. Carrozzine e ausili in numero sufficiente alle esigenze degli ospiti
26. Un sollevatore pazienti per ogni modulo
27. I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (*Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde*).
28. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodo
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
29. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna

30. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
31. Deve essere presente l'impianto di climatizzazione

Area destinata alla valutazione e alle terapie

32. Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
33. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
34. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
35. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

36. Deve essere garantito, assicurandone la fruibilità:
 - a) un angolo bar
 - b) sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
 - c) un locale per servizi all'ospite (*barbiere e podologo*)
 - d) un locale per il culto opportunamente dimensionato

Aree generali di supporto

37. Ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
38. Locali per uffici amministrativi
39. Spogliatoio e servizi igienici per il personale.
40. Locale/cucina, dispensa, opportunamente dimensionati secondo le normative vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza degli Alimenti
41. lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

42. Magazzini
43. Camera mortuaria come da normativa vigente
44. Un monta lettighe e, per le nuove strutture, un ascensore con le caratteristiche previste nella DGR 685/2002;
45. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespandibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

46. Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale;
47. Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare
48. Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della STRUTTURA
49. Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
50. Coinvolgimento della famiglia dell'ospite

51. Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
52. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
53. Raccolta e trasmissione alla ASP territorialmente competente delle schede di classificazione del case-mix in ragione della valutazione SVAMDI
54. Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
55. Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
56. Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
57. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
58. Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
59. Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
60. Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
61. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
62. Procedure per la gestione delle emergenze
63. Procedura per le richieste di visite specialistiche
64. Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
65. Procedure per:
 - a) il bagno e la doccia
 - b) l'igiene orale
 - c) l'igiene a letto
 - d) la somministrazione di farmaci
66. Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecali
67. I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
68. Funzione di assistenza sociale
69. Attività di podologia

PRESIDIO DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA A CICLO CONTINUATIVO (Mattoni 12: RRE1 -RRE2)

Comprende nuclei specializzati di riabilitazione estensiva extraospedaliera, rivolta ad adulti e a minori che, a seguito della perdita dell'autonomia a causa di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Accedono pazienti che vengono dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio, recanti esiti di una patologia acuta (ictus cerebrale, interventi chirurgici maggiori, etc.) o riacutizzazione di patologia cronica o degenerativa progressiva, che necessitano di intervento riabilitativo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Il responsabile sanitario del Presidio, di norma un medico fisiatra, deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico - organizzative.
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Deve essere presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali

Requisiti di assistenza “RRE1 – RRE2” da “Mattoni 12”

- Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 210 minuti/die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Terapia Riabilitativa > 60 minuti/die per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di RIABILITAZIONE IN FASE ESTENSIVA A CICLO CONTINUATIVO, in un modulo di 20 p.l. sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Fisiatra)	0,50
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	6
Infermiere Professionale	3
OSS	8
Psicologo	0,29
Assistente Sociale	0,30
Educatore o Terapista Occupazionale	2
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

I requisiti specifici devono essere integrati con i requisiti organizzativi generali previsti dalla normativa regionale sugli accreditamenti (DGR 133/99 e DGR 3137/99)

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

6. Il Presidio deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il Presidio deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
8. Ogni modulo può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 10 mq per utente

AMBIENTI COMUNI

10. Locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono
11. Locali per attività:
 - a) amministrativa
 - b) accettazione
 - c) archivio
 - d) spazio per visita parenti
13. Ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:
 - A. di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità), rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti, con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente.
 - B. per le strutture di nuova realizzazione la superficie minima, per le attività riabilitative individuali, è di 16 mq con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente
14. Ambulatori medici per visite specialistiche valutazione diagnostiche attinenti alle patologie trattate. Per le nuove strutture con antistante sala d'attesa
15. Locale spogliatoi per gli operatori distinti per sesso e con bagno annesso
16. Locale/spazio per il deposito delle attrezzature e materiale di consumo
17. Locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Locale/cucina, opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti e le linee guida sulla sicurezza alimentare
19. Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti qualora il servizio non sia esternalizzato.

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestiti direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati

20. Locale per il deposito del materiale sporco;
21. Locale/ spazio per lavapadelle - vuotatoi
22. Locale/spazio per il deposito del materiale pulito
23. Bagno assistito (1 bagno per 1-2 moduli)
24. Spazi per la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli utenti
25. La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate
26. Le strutture di nuova realizzazione devono prevedere spazi per la sterilizzazione.

AREA DI DEGENZA

27. Ogni modulo con 20 posti letto, deve essere dotato di:
 - a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche
 - b) tisaneria

- c) locale spazio per materiale para sanitario
- d) locale soggiorno/pranzo. *(Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)*

Le camere di degenza

- 28. Le camere di degenza devono avere un wc in camera fino ad un massimo 4 posti letto, con 6 mq di superficie di calpestio per posto letto. In caso di camera con un solo posto letto, la superficie deve essere di almeno 12 mq.
- 29. Per le strutture di nuova realizzazione le camere devono essere massimo con 2 posti letto con bagno per disabili all'interno della camera, superficie di calpestio di 12 metri quadri se con un letto e 18 mq se con due letto. Non si applica il disposto per le società già operanti con i requisiti di cui alla DGR3137/99, anche in caso di ampliamenti/ristrutturazioni parziali.
- 30. la dotazione di tutti i servizi igienici dovrà essere conforme alla normativa vigente
- 31. all'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun paziente
- 32. Un armadietto/guardaroba adeguato per ogni paziente
- 33. Deve essere garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
- 34. Tutti i servizi igienici ed ogni posto letto devono essere dotati di impianto di chiamata
- 35. Devono essere garantiti i requisiti microclimatici di norma previsti per tali attività, eventualmente anche con l'ausilio di impianto di climatizzazione

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni, per le nuove strutture, non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente.

REQUISITI TECNOLOGICI

- 36. I locali di trattamento devono essere dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:
 - a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate (dispositivi per valutazioni dinamometriche, sussidi per la valutazione delle abilità motorie, sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)
 - b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile, letto di grandi dimensioni (Bobath) per rieducazione motoria ad altezza variabile, sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.
 - c) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale
- 37. Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespandibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno
- 38. La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate
- 39. Per ciascun modulo di degenza devono essere presente:
 - a) letti articolati a tre snodi, dotati di sponde a scomparsa.
 - b) materassi e cuscini antidecubito di diverse tipologie in n° di 4 ogni modulo.
 - c) Broncoaspiratore
 - d) sollevatore paziente
 - e) 1 carrozzina ogni 5 posti letto
 - f) 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile
 - g) reggibraccio-postura per carrozzina
 - h) poltroncine doccia o vasca bagno assistito

- i) barelle per trasporto pazienti
- j) armadio/guardaroba per posto letto
- k) una sedia per posto letto

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

- 40. Devono essere presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale
- 41. Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo Individuale dall'equipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici
- 42. Deve essere effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico
- 43. Deve essere garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo
- 44. Deve essere previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti
- 45. Devono essere presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:
 - a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
 - b) medici di Medicina Generale
 - c) strutture di ricovero per acuti
 - d) altre strutture residenziali
- 46. Devono essere presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
- 47. Deve essere presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:
 - a) i dati anagrafici
 - b) la diagnosi di ingresso
 - c) l'anamnesi familiare e personale
 - d) l'esame obiettivo
 - e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio
 - f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi
 - g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti
 - h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia
 - i) problemi di comunicazione e sensoriali del paziente
- 48. La cartella clinica deve contenere come parte integrante la documentazione infermieristica
- 49. Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
- 50. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
- 51. Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG o ad un servizio territoriale che prenderà in carico il paziente
- 52. Deve essere garantito uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita
- 53. Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

L'ASSISTENZA SANITARIA

- 54. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
- 55. Deve essere presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura
- 56. Deve essere prevista la consulenza protesica
- 57. Deve essere garantita la funzione di assistenza sociale
- 58. Deve essere garantita l'attività di podologia

59. Devono essere presenti procedure:
- a) finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione
 - b) per le attività riabilitative di base
 - c) relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
 - d) per la gestione delle emergenze
 - e) per le richieste di visite specialistiche
 - f) per il bagno e la doccia
 - g) per l'igiene orale
 - h) per l'igiene a letto
 - i) per la somministrazione di farmaci
 - j) per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale
 - k) finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente
60. Deve esistere una regolamentazione in caso di dipendenza tabagica o altre dipendenze patologiche

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Presidio può essere autorizzato e/o accreditato anche per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare, prestazioni che rispondono agli stessi requisiti organizzativi di quelle ambulatoriali.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva domiciliare possono essere autorizzate e/o accreditate solo presso quelle strutture che erogano già prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

Per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare possono essere utilizzati gli spazi del Presidio con l'aggiunta di un locale per la pianificazione delle attività giornaliere, programmi di aggiornamento professionale, mezzi di trasporto per gli operatori e locali di ricovero dei mezzi, sistemi di trasmissione voce dati a mezzo di apparecchi portatili (palmari, cellulari, computer portatili, ecc.), sistemi di trasmissione dei flussi informativi delle attività

UNITÀ DI CURE INTENSIVE SLA (Matteone 12: RD1)

Sono strutture destinate all’assistenza di tutte le malattie degenerative del sistema nervoso e al ricovero di pazienti in situazione di handicap gravissimo, con grave disabilità conseguenti a esiti disabilitanti di patologie neurologiche in fase avanzata, con necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell’arco delle 24 ore.

In tali strutture vengono definiti i percorsi diagnostico-riabilitativi relativi alle seguenti patologie.

- malattie muscolari primarie;
- malattie del neurone motore che vengono distinte in base all’età di insorgenza, infantili, giovanili, adulte:
 1. Distrofie muscolari;
 2. Amiotrofie spinali;
 3. Sclerosi laterale amiotrofica;
 4. Sclerosi multipla;
 5. Coree.

Il criterio principale per l’ammissione nelle strutture residenziali è la presenza di una situazione di completa limitazione delle attività funzionali, di non autosufficienza e di dipendenza assistenziale.

Per le strutture residenziali, appartenenti alla rete dei servizi territoriali, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici sono i seguenti:

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. il numero del personale medico, infermieristici, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.
2. Il responsabile sanitario della struttura deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative.
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza;
4. i familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti;
5. devono essere precisate e descritte le procedure e le modalità di custodia dei valori e beni personali degli ospiti.

I REQUISITI ORGANIZZATIVI Minimi per l’accreditamento di strutture attività di Strutture residenziali per Sclerosi laterale amiotrofica, Coree, Sclerosi multipla e malattie degenerative del sistema nervoso, in un modulo di 20 posti letto:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,33
Medico di Medicina generale	0 (servizio garantito dal MMG e dalla guardia Medica)
Medico specialista in fisiatria	1
Medico specialista in neurologia	1
Medico (vedi Assistenza specialistica)	3
Psicologo	1
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	10
Infermiere Professionale	6
Logopedista	2
OSS	12
Assistente sociale	0,3

Assistenza specialistica

Sarà necessario garantire le consulenze specialistiche in:

- pneumologia
- cardiologia
- otorinolaringoiatria
- ortopedia
- anestesia
- scienza dell'alimentazione

REQUISITI STRUTTURALI

La struttura deve essere localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il contesto urbano, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici di facile accessibilità per i pazienti e i familiari.

Per le strutture di nuova realizzazione, fatta eccezione per quelle riconvertite, deve essere presente uno spazio di almeno 5 mq per utente.

Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:

- area destinata alla residenzialità;
- area destinata alla valutazione e alle terapie;
- area di supporto dei servizi generali.

Area destinata alla residenzialità

a) Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:

1. mq 12 per camere ad un letto;
2. mq 18 per camere a due letti

b) per le strutture di nuova realizzazione un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza, almeno uno ogni due posti letto, le camere a due posti letto devono tutte avere il bagno in camera. Per le strutture da riconvertire: almeno un bagno per la non autosufficienza ogni quattro posti letto.

c) Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione della carrozzina;

d) un locale infermeria;

e) un locale tisaneria;

f) un locale soggiorno;

g) servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza in prossimità del locale soggiorno;

h) spazi-armadi per deposito biancheria pulita;

i) locale per deposito biancheria sporca;

l) locale destinato a vuotatoio padella;

m) un locale deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo;

n) attrezzature specifiche ad uso degli ospiti (materassi e cuscini antidecubito almeno 1 ogni 4 ospiti);

o) carrozzine ed ausili almeno 1 ogni 4 posti letto;

p) un sollevatore pazienti;

q) i letti, con luce e chiamata d'urgenza, devono essere articolati almeno ad uno snodo e con sponde, se strutture riconvertite. Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, con comando elettrico e manuale, e con dotazione di ruote con freno;

r) l'arredo della stanza deve comprendere: comodino, armadio-guardaroba singolo con chiave, poltrona, apparecchio telefonico fisso o portatile per consentirne l'utilizzo agli ospiti, impianto di climatizzazione;

Area destinata alla valutazione ed alle terapie

a) locale ambulatorio mediche;

b) locale palestra con attrezzature per le attività riabilitative;

c) servizio igienico per non autosufficienti in prossimità della palestra.

Area di supporto dei servizi generali

a) deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche;

b) locale per il culto;

c) ingresso con portineria, area accoglienza ed attesa, telefono pubblico e servizi igienici per visitatori;

d) locali per uffici amministrativi;

e) spogliatoio e servizi igienici, distinti per sesso, per il personale;

- f) locale cucina, dispensa, lavanderia, se non esternalizzate;
- g) camera mortuaria secondo le norme in vigore;
- h) almeno un ascensore montalettighe;

REQUISITI TECNOLOGICI

- a) sistema di aspirazione a parete per le secrezioni bronchiali;
- b) apparecchiature per la somministrazione di ossigeno centralizzata secondo le norme vigenti e preferibilmente a parete;
- c) carrello per somministrazione farmaci e medicazioni;
- d) carrello per le emergenze dotate di: pallone di Ambu con maschere di varie misure, cannole orofaringee di varie misure, defibrillatore con pacing esterno, laringoscopio;
- e) comunicatore vocale, almeno in numero di due.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

- 1) Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale;
- 2) procedure e linee guida per le modalità di erogazione dell'assistenza;
- 3) raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da consentire il controllo continuo delle attività;
- 4) coinvolgimento della famiglia dell'ospite nel piano di assistenza individualizzato;
- 5) collegamenti funzionali con i servizi ospedalieri relativamente ai bisogni sanitari degli ospiti;
- 6) raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento;
- 7) cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche;
- 8) in caso di trasferimento in ospedale per acuti deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento;
- 9) procedure per la gestione delle emergenze,
- 10) procedura per le richieste di visite specialistiche;
- 11) le cure infermieristiche devono essere regolamentate ed annotate in cartella;
- 12) procedure per:
 - a) il bagno e la doccia;
 - b) l'igiene orale;
 - c) l'igiene a letto;
 - d) la somministrazione di farmaci.
- 14) procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale;
- 15) i problemi di comunicazione e sensoriale degli ospiti devono essere riportati in cartella;
- 16) funzione di assistenza sociale;
- 17) attività di podologia.
- 18) norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatria enetica ovvero per patologie acquisite, di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

PRESIDI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA A CICLO DIURNO (Matteone 12: RRE1 -RRE2)

Sono strutture che effettuano le attività di riabilitazione extraospedaliera della fase estensiva in forma diurna per adulti o minori che a causa di patologie malformative o congenite di origine genetica ovvero per patologie acquisite, di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Il responsabile sanitario del Presidio deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatria infantile, per l'età adulta è un medico fisiatra o neurologo
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura durante il giorno in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti

I REQUISITI ORGANIZZATIVI Minimi per l'accreditamento di strutture attività di RIABILITAZIONE IN FASE ESTENSIVA a ciclo diurno, in un modulo di 20 prestazioni sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Fisiatra)	0,50
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	6
Infermiere Professionale	1
OSS	2
Psicologo	0,50
Assistente sociale	0,33
Educatore o Terapista Occupazionale	1

Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

REQUISITI STRUTTURALI

5. Il Presidio deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
6. Il Presidio deve essere organizzato in moduli di massimo 20 utenti per un massimo di tre moduli
7. I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate
8. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati
9. Locale per accertamenti medici, sufficientemente ampi per consentire l'osservazione della deambulazione ed attrezzato per medicazioni.
10. Locale per accertamenti psicodiagnostica
11. Locale per terapie individuali e/o di gruppo per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq
12. Locale per terapia del linguaggio
13. Locale per urologia (patologie cerebrali e/o spinali)
14. Locale per la neuro-psicomotricità
15. I locali di cui sopra devono avere una superficie minima di 12 mq, nel caso in cui gli stessi locali vengano adibiti al trattamento di più utenti contemporaneamente, deve essere considerato 1mq ulteriore per ogni utente trattato.

16. Locale soggiorno/pranzo
17. Locale/cucina, dimensionata secondo la normativa vigente e le linee guida sulla sicurezza alimentare:
18. Servizi igienici e spogliatoi per operatori distinti per sesso e dotato di bagni con docce annesse
19. Servizi igienici per i pazienti attrezzati per la non autosufficienza
20. Un bagno assistito
21. Spazi per attività di accettazione ed archivio
22. Spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito e sporco
23. Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto un locale dove i piccoli possono riposare per brevi periodi.

N.B: Le funzioni di cucina, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati. Qualora tali funzioni siano gestiti direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati

REQUISITI TECNOLOGICI

24. I locali di trattamento sono dotati di attrezzatura e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi, in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell’utenza ed alle diverse tipologie di attività svolte assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.
25. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell’utenza devono essere comunque presenti:
 - a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
 - b) presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte di medici specialisti e degli altri operatori sanitari e della riabilitazione;
 - c) attrezzature e presidi specifici, per gli esercizi terapeutici e di rieducazione funzionale in ambienti dedicati per attività individuali e di piccolo gruppo;
 - d) attrezzature elettromedicali per terapia fisica e strumentale di supporto e completamento all’esercizio terapeutico;
 - e) attrezzatura essenziale per il pronto soccorso

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il Presidio può essere autorizzato e/o accreditato anche per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare, prestazioni che rispondono agli stessi requisiti organizzativi di quelle ambulatoriali.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva domiciliare possono essere autorizzate e/o accreditate solo presso quelle strutture che erogano già prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

Per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare possono essere utilizzati gli spazi del Presidio con l’aggiunta di un locale per la pianificazione delle attività giornaliere, programmi di aggiornamento professionale, mezzi di trasposto per gli operatori e locali di ricovero dei mezzi, sistemi di trasmissione voce dati a mezzo di apparecchi portatili (palmari, cellulari, computer portatili, ecc.), sistemi di trasmissione dei flussi informativi delle attività

CENTRI POLIFUNZIONALI PER AUTISMO (Mattone 12: rd3)

Sono strutture residenziali per minori ed adulti affetti da Disturbi dello Spettro Autistico che necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa, socio/riabilitativa e assistenziale. Devono contemplare al loro interno un modulo semiresidenziale (centro diurno e comunità alloggio) ed un modulo residenziale (struttura residenziale comunità alloggio).

Tali strutture risultano coerenti con l'atto di indirizzo nazionale e conseguente presa d'atto regionale di cui al Dpgr n. 31 del 12/03/2014 sancito dalla legge n. 134/201, che assume il richiamato atto di indirizzo quel parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'autismo è una condizione patologica cronica e inabilitante, caratterizzata da un deficit sociale e cognitivo. Esso si presenta con forme eterogenee di complessità e gravità. La forma più grave di autismo è frequentemente associata ad altre patologie, quali: disabilità intellettiva, epilessia, gravi problemi comportamentali, disturbi del sonno e dell'alimentazione.

La finalità, l'organizzazione del servizio e le metodologie di intervento sono strettamente correlate alla peculiarità della patologia autistica (non assimilabile alle altre disabilità) e attuate secondo le raccomandazioni delle Linee Guida che evidenziano efficaci i trattamenti precoci e intensivi di tipo abilitativo con valenza comportamentale, cognitivo comportamentale e psicoeducativo. Inoltre le disposizioni delle Linee di Indirizzo (LEA) raccomandano che detti programmi debbano essere somministrati senza interruzione di continuità e per tutta la durata della loro vita. La Legge 134/2015 prevede tra l'altro la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti adulti che ne valorizzino le capacità. Per le persone ricoverate che raggiungono un certo livello di autonomia deve essere previsto un inserimento lavorativo e la loro residenzialità in Comunità Alloggio, mantenendo un legame di continuità assistenziale con la struttura residenziale di riferimento.

La “mission” del Centro Polifunzionale è garantire una “presa in carico globale e continuativa” puntualmente integrata con le UONPIA, i CSM e le UVM delle ASP di appartenenza ed anche con le Associazioni presenti sul territorio, per una massima qualità di vita possibile dei soggetti trattati e delle loro famiglie, promuovendo lo sviluppo cognitivo, l'adattamento sociale, l'autonomia, la prevenzione di gravi disturbi del comportamento e la loro riduzione, l'ottimizzazione delle terapie farmacologiche e, nei casi in cui è possibile, l'inserimento nel mondo del lavoro allo scopo anche di ridurre la spesa che consegue ad interventi medicalizzati inappropriati e incongrui.

A maggior tutela delle persone assistite:

- La struttura che non dimostri l'applicazione di interventi psicoeducativi, raccomandati dalle Linee Guida, e la dotazione di un sistema di monitoraggio delle attività e degli esiti attesi e raggiunti, sarà sottoposta a prescrizione di ottemperanza, che, se insoddisfatta, provocherà la revoca del Decreto di Accreditamento.
- Nell'ambito delle attività di controllo esercitate dalle aziende sanitarie, particolare attenzione deve riguardare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci specifici, al fine di evitare che il contenimento farmacologico si connoti come trattamento d'elezione e non supporto integrativo all'intervento psicoeducativo.
- Sono tutelate quelle persone che richiedono un'elevata assistenza, aggiuntiva a quella del modulo residenziale e/o semiresidenziale, attraverso un apposito accordo con l'ASP di residenza.
- I familiari devono poter accedere in ogni ambiente della struttura, ad ogni ora del giorno, salvo temporanee e contingenti esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
- Deve essere previsto un sistema di videosorveglianza a raggi infrarossi su ogni letto per consentire all'operatore notturno il monitoraggio del sonno. Detto sistema deve essere reso disponibile di collegamento web, affinché la famiglia possa monitorare da remoto il proprio congiunto.

Il fabbisogno di questo tipo di strutture, determinato da dati epidemiologici certificati, è soddisfatto anche mediante la riqualificazione dell'offerta esistente al fine di erogare modalità assistenziali appropriate.

Norma transitoria: sono salvaguardati il Centro Lucrezia e la Fondazione Marino per l’Autismo Onlus, i quali hanno 24 mesi di tempo dall’emanazione del presente decreto per adeguare la propria organizzazione strutturale e organizzativa, ai fini dell’accreditamento del Centro Polifunzionale.

I requisiti organizzativi specifici per l’Accreditamento per attività del CENTRO POLIFUNZIONALE – AUTISMO					
detti requisiti sono indicati per tipologia di modulo ma facenti parte di un’unica struttura					
	Modulo residenziale		Modulo semiresidenziale		Totale
	RESIDENZIALE (10 posti letto)	COMUNITA’ ALLOGGIO (4 posti letto)	DIURNO (20 trattamenti)	COMUNITA’ ALLOGGIO (8 trattamenti)	
Direttore sanitario	0,4	0,1	0,3	0,2	1
Medico di modulo	1	0	0	0	1
Neurologo/ neuropsichiatra infantile	0,2	0	0,2	0,1	0,5
Responsabile scientifico: Psicologo (*)	0	0	1	0	1
Psicologo	1	0,2	2	0,3	3,5
Assistente sociale	0,8	0,2	1	0,5	2,5
Operatori specializzati (Logopedisti; Neuropsicomotricisti; Educatori professionali; Educatori socio sanitari; Terapisti della riabilitazione psichiatrica)	7	1	7	2	17
Assistenti educativi	0	1	2	0	3
OSS	6	1	1	2	10
Ausiliario	3	1	1	2	7
Amministrativo	1	0	0,5	0,5	2

(*) si specifica come nell’ambito delle attività del Centro Polifunzionale, il responsabile scientifico assuma il ruolo di coordinatore del Centro medesimo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e /o tecnico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Le funzioni del Direttore Sanitario del Centro Polifunzionale possono anche essere svolte da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte o disciplina equipollente, al quale sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative.
3. Il Responsabile Scientifico e Supervisore deve essere uno psicologo con esperienza pregressa in autismo e gestione di gruppi e servizi per persone con autismo.

4. Tutto il personale deve avere competenze specifiche per il trattamento dei DSA (educazione strutturata e metodologie ABA) comprovata da Master Universitari e formazione riconosciuta anche dall'esperienza lavorativa sul campo.
5. L'organico prevede la presenza dedicata del medico di modulo (che rende superflua la presenza di personale infermieristico) e del personale ausiliario in quanto parte dei contesti abilitativi.
6. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza.
7. Deve essere presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali.
8. Essendo un Centro Polifunzionale è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, alle aree polivalenti per attività di gruppo e alle aree di valutazione. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti dell'intera struttura ed essere adeguati e coerenti rispetto alle norme di sicurezza vigenti.

A-MODULO SEMIRESIDENZIALE

E' costituito da un centro diurno (modulo di 20 trattamenti) e da una comunità alloggio (modulo di 8 trattamenti)

9. Le prestazioni del centro diurno potranno variare da un minimo di 2 ore al giorno ad un massimo di 6 ore differenziate per livello di intensità, risultato della combinazione di tre parametri: contesto (ambulatorio-domicilio-territorio), lavoro diretto sul soggetto indiretto (famiglia, scuola, associazioni), individuale e/o di gruppo.
10. Il modulo resterà aperto 6 giorni a settimana festivi esclusi e vi possono accedere persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in situazione di gravità certificata dal comma 3 della legge 104.
11. La struttura deve dichiarare la tipologia di tutte le prestazioni erogate e deve garantire la presa in carico globale del paziente per l'intero iter riabilitativo.
12. Deve essere presente una cartella che presenta i seguenti dati:
 - a) Dati anagrafici del paziente;
 - b) Individuazione e valutazione del disturbo;
 - c) Individualizzazione delle potenzialità di sviluppo;
 - d) Verifiche intermedie con indicazione dei risultati raggiunti;
 - e) Aggiornamento del programma riabilitativo;
 - f) Verifica annuale con indicazione dei dati raggiunti.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO

13. Il Centro deve essere localizzato in struttura a se stante e con ampi spazi esterni attrezzati e protetti, deve risiedere in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.
14. Considerate le peculiarità cognitive sensoriali degli utenti sarà importante porre grande attenzione alla conformazione e distribuzione degli spazi e degli arredi, e soprattutto alla presenza di input sonori e visivi, in particolare si raccomanda:
 - a) Una particolare cura nell'isolamento acustico per evitare quanto più possibile rumori esterni e situazioni di risonanza;

- b) Una particolare cura nell'illuminazione prediligendo luce naturale (mai troppo forte) ed usando luci artificiali mai abbaglianti, colorate a bassa intensità non fluorescenti sempre dirette dal basso verso l'alto;
- c) Uso di colori tenui ed uniformi a campo unico per pareti e pavimenti;
- d) Uso di arredi con superfici opache;
- e) Posizionamento degli arredi sempre lungo le pareti per facilitare gli attraversamenti lungo la stanza;
- f) Non uso di tendaggi svolazzanti, tappeti soprattutto decorati, quadri, pannelli e decorazioni varie;
- g) Uso di mobili e oggetti morfologicamente auto-esplicativi rispetto alla funzione che devono svolgere (in modo che sia sempre chiaro: dove si fa cosa e a cosa serve ogni elemento ambientale);
- h) Creazione di ambienti “dedicati” alla funzione che in essi si dovrà svolgere ed essere resi riconoscibili attraverso colori, segnalatori, pannelli divisorii;
- i) Creazione di luoghi dedicati alla collocazione degli effetti personali, dei materiali delle attività;
- j) Individuazione e uso di segnalatori dei luoghi di passaggio, delle aree di accoglienza (da cui ha inizio la giornata) e delle aree di uscita (dove la giornata si conclude), e delle aree preposte alla collocazione delle “agende consultabili”.

15. Aree generali e di supporto:

- a) Un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- b) Un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- c) Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- d) Stanza per la costruzione di attività strutturate;
- e) Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici;
- f) Deposito sporco;

16. Aree di valutazione:

- a) Ambulatorio medico per le visite specialistiche e le valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate;
- b) Stanza provvista di specchio unidirezionale e di dispositivo per acquisizione e riproduzione di immagini, utilizzata per le valutazioni, le supervisioni e le osservazioni da parte di osservatori esterni.

17. Ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:

- a) Di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità), rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti, con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente;
- b) Per le strutture di nuova realizzazione la superficie minima, per le attività riabilitative individuali, è di 16 mq con un aumento di superficie pari ad 1mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente.

18. Devono essere contemplate :

- a) N.1 stanza sensoriale
- b) N.1 stanza gioco;

- c) N.1 stanza per lavoro autonomo;
- d) N.4 stanze per le attività di tipo cognitivo comportamentale;
- e) N.2 stanze per le attività del tempo libero;
- f) N.1 Laboratorio per le autonomie domestiche e di cucina;
- g) N.1 laboratorio grafico pittorico;
- h) N.1 laboratorio occupazionale: ceramica, falegnameria, carta, cucito, orto, serra,....
- i) Palestra attrezzata per le attività dei piccoli
- j) Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto un locale dove i piccoli possono riposare per brevi periodi (solo per il modulo intensivo).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLA COMUNITA' ALLOGGIO SEMI-RESIDENZIALE

19. La comunità alloggio deve essere dimensionata per 8 trattamenti in appartamento in zona urbanizzata e centrale per consentire l'uscita in autonomia sia per raggiungere i luoghi di lavoro che le attività commerciali e i luoghi di svago.
20. L'appartamento deve contemplare:
- a) N.1 camera da letto doppia, con bagno interno, di adeguata metratura;
 - b) N.1 salone attrezzato per le attività del tempo libero (lettura, ascolto musica o visione filmati);
 - c) N.1 spazio-locale cucina ;
 - d) N.1 sala pranzo;
 - e) N.1 servizio igienico per il personale;
 - f) N.1 dispensa / lavanderia .
21. Ogni attività di supporto di tipo medico, psicologico, farmacologico e di assistenza sociale è garantita dal personale del centro diurno di riferimento.

REQUISITI TECNOLOGICI

22. I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente/qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività svolte assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace e efficiente.
23. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere comunque presenti:
- a) Attrezzature e dispositivi per la valutazione della disabilità (Denver, PEP 3, TTAP, Vineland, VBMapp, ABLLS...);
 - b) Presidi e risorse tecnologici atti allo svolgimento di prestazioni da parte di medici specialisti e degli altri operatori sanitari e della riabilitazione (Strumenti di Comunicazione Aumentativa-PECS, VOCA-PC, software Erickson, plastificatrice, stampante a colore,...);
24. Attrezzature e presidi specifici per gli esercizi terapeutici e di rieducazione funzionale in ambienti dedicati per attività individuali e di piccolo gruppo.

B-MODULO RESIDENZIALE

25. E' costituito da una struttura residenziale di 10 posti letto ed una comunità alloggio di 4 posti letto. Resterà aperto tutto l'anno e vi possono accedere persone con diagnosi di autismo in situazione di

gravità certificata dal comma 3 della legge 104. La realizzazione di ulteriori unità di comunità alloggio deve essere autorizzata dalla ASP territoriale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE

26. I requisiti minimi strutturali devono essere integrati con quelli generali previsti dalla normativa regionale sugli accreditamenti (DGR 3137/99).
27. Il Presidio deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.
28. Il Presidio deve essere organizzato in un modulo massimo di 10 posti letto .
29. Il modulo può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo degli utenti.
30. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 100 mq per utente.
31. Ambienti comuni:
 - a) Locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono.
 - b) Locali per attività: amministrativa, accettazione, archivio, spazio per visita parenti.
32. Ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:
 - a) Di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità), rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti, con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente;
 - b) Per le strutture di nuova realizzazione la superficie minima, per le attività riabilitative individuali, è di 16 mq con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente.
33. Ambulatori medici per visite specialistiche, valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate.
34. Per le nuove strutture con antistante sala d'attesa:
 - a) Locale spogliatoio per gli operatori distinti per sesso e con bagno annesso;
 - b) Locale/spazio per il deposito delle attrezzature e materiale di consumo;
 - c) Locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico;
 - d) Locale/cucina, opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti e le linee guida sulla sicurezza alimentare;
 - e) Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti.

N.B. : le funzioni di cucina, lavanderia e pulizie fanno parte dei contesti abilitativi e perciò devono essere gestite direttamente dalla struttura ed il personale in numero adeguato alle mansioni è previsto negli standard indicati.
 - f) Locale per il deposito del materiale sporco;
 - g) Locale/spazio per lavapadelle-vuotatoi;
 - h) Locale spazio per il deposito del materiale pulito;
 - i) Bagno per persone con disabilità.
35. Spazi per la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli utenti.
36. La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate.
37. Le strutture di nuova realizzazione devono prevedere spazi per la sterilizzazione.

AREA DI DEGENZA

38. Il modulo di 10 posti letto, deve essere dotato di:
- Camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche;
 - Locale soggiorno/pranzo. Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate:
39. Le camere di degenza devono avere un wc in camera fino ad un massimo di due posti letto, con 6 mq di superficie calpestabile per posto letto. In caso di camera con un solo posto letto, la superficie deve essere di almeno 12 mq.
40. Per le strutture di nuova realizzazione le camere devono essere massimo con 2 posti letto, con bagno per disabili all'interno della camera, superficie di calpestio di 12 mq se con un letto e 18 mq se con due letti. Non si applica il disposto per le società operanti con i requisiti di cui al DGR 3137/99, anche in caso di ampliamenti/ristrutturazioni parziali.
41. La dotazione di tutti i servizi igienici dovrà essere conforme alla normativa vigente.
42. All'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun paziente.
43. Un'armadietto/guardaroba adeguato per ogni paziente.
44. Deve essere garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless).
45. Devono essere garantiti i requisiti microclimatici di norma previsti per tali attività, eventualmente anche con l'ausilio di impianto di climatizzazione.

N.B.: la superficie minima degli ambienti comuni, per le nuove strutture, non deve essere inferiore a 8 mq per paziente.

REQUISITI TECNOLOGICI

46. I locali di trattamento devono essere dotati di attrezzature e presidi medico chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:
- Sussidi per la valutazione delle menomazioni delle abilità motorie e per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
 - Attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria e altezza variabile);
 - Attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale.
47. Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardiopolmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di : laccio e siringhe, materiale per medicazione, farmaci salvavita, defibrillatore.
48. La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Per ciascun modulo di degenza devono essere presenti: 1 carrozzina, poltroncina doccia, armadio/guardaroba per posto letto, 1 sedia per posto letto.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

49. Devono essere presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare/multiprofessionale.

50. Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo Individuale dall'equipe multidisciplinare/multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici.
51. Deve essere effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico.
52. Deve essere garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo.
53. Deve essere previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti.
54. Devono essere presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:
 - a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ;
 - b) Medici di Medicina Generale;
 - c) Strutture di ricovero per acuti;
 - d) Altre strutture residenziali.
55. Devono essere presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari.
56. Deve essere presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:
 - a) I dati anagrafici;
 - b) Diagnosi di ingresso;
 - c) L'anamnesi familiare e personale;
 - d) L'esame obiettivo;
 - e) Gli eventuali esami strutturali di laboratorio;
 - f) I risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi;
 - g) Il progetto-programma con i periodici aggiornamenti;
 - h) Informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia;
 - i) Problemi di comunicazione sensoriali del paziente.
57. La cartella clinica deve contenere come parte integrante la documentazione infermieristica.
58. Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni.
59. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento.
60. Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG o ad un servizio territoriale che prenderà in carico il paziente.
61. Deve essere garantito uno specifico addestramento prima di ogni rientro anche temporaneo del paziente al proprio ambiente di vita.
62. Devono essere assicurate la trasmissione dei flussi informativi di attività secondo e specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale.

L'ASSISTENZA SANITARIA

63. E' prevista, all'interno della struttura, la presenza di un medico di modulo che garantisce l'assistenza sanitaria e la somministrazione di farmaci.

64. Deve essere presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura
65. Deve essere prevista la consulenza protesica.
66. Deve essere garantita la funzione di assistenza sociale.
67. Deve essere garantita l'attività di podologia.
68. Devono essere presenti procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e per le attività riabilitative di base.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI COMUNITA' ALLOGGIO

69. La comunità alloggio deve essere dimensionata per n. 4 posti letto in appartamento in zona urbanizzata e centrale per consentire l'uscita in autonomia sia per raggiungere il luogo di lavoro che le attività commerciali ed i luoghi di svago:
 - a) N.2 camere da letto doppie, con bagno interno, di adeguata metratura;
 - b) N.1 soggiorno attrezzato per le attività del tempo libero (lettura, ascolto musica o visione filmati);
 - c) N. 1 spazio/locale cucina;
 - d) N.1 zona pranzo;
 - e) N.1 servizio igienico per il personale;
 - f) N.1 dispensa/lavanderia
 - g) Servizio di videosorveglianza collegato al centro residenziale di riferimento.
70. Ogni attività di supporto di tipo medico, psicologico, farmacologico e di assistenza sociale è garantita dallo stesso personale della struttura residenziale di riferimento.

PRESIDI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA PER PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

La struttura residenziale deputata al trattamento di pazienti con disturbi nel comportamento alimentare (DCA) dove sia insufficiente o inefficace il trattamento ambulatoriale.

La struttura può accogliere al massimo fino a 20 pazienti (modulo base).

L'organizzazione interna degli spazi è definita tenendo in conto della peculiarità dei pazienti e, pertanto prevede spazi comuni che accompagnano i ritmi della normale vita quotidiana (palestra, sala pranzo, sala comune, sala per attività varie etc).

Sono altresì previsti appositi spazi per le attività sanitarie specifiche e di supporto (studi medici, sala riunioni, colloqui, stanza operatori, spazi per attività ambulatoriale, segreteria etc).

Il Centro è dedicato al trattamento intensivo, semintensivo ed ambulatoriale dei disturbi nel comportamento alimentare: anoressia, bulimia, disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificato, (disturbo da abbuffata compulsivo) e del peso in età pediatrica ed evolutiva.

La struttura residenziale è quindi essenzialmente deputata all'attuazione di un programma riabilitativo psiconutrizionale, nei casi in cui la gravità del quadro internistico e/o psicologico necessiti dello svolgimento di un programma in ambiente protetto, o quando il programma ambulatoriale si riveli inefficace o se le condizioni familiari non sono adeguate alla gestione del paziente a casa.

L'attività si inserisce nell'ambito delle attività di riabilitazione che prevedono che gli interventi riabilitativi extraospedalieri siano svolti presso strutture a ciclo diurno e/o continuativo, destinato alla presa in carico multi comprensiva di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi indifferibili.

La ricerca scientifica negli ultimi anni, contrariamente al passato, ha posto in evidenza che il trattamento di queste patologie è efficace se condotto mediante una strategia multi professionale che comprenda un approccio psicologico, nutrizionale e familiare.

L'accesso alla struttura è stabilito dall'equipe su proposta del medico curante e, stante la compresenza di personale pediatrico nell'adiacente plesso, è possibile accogliere pazienti di età inferiore ai 14 aa.

Qualora tratti di minore, il consenso e la relativa accettazione all'ingresso debbono essere sottoscritti dai genitori o da chi esercita la potestà genitoriale.

I pazienti per essere ammessi al trattamento devono rispondere ai seguenti requisiti:

- A. Assenza di grave comorbilità psichiatrica in asse I DSM IV (Disturbo depressivo maggiore, Disturbo borderline di personalità, comportamenti autolesivi ed antisociali etc)
- B. Assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze e/o alcool da almeno 6 mesi;
- C. Condizioni generali non compromessi e non instabili in acuzie, che necessitano di una preventiva fase di ospedalizzazione;

L'inserimento prevede un colloquio preliminare di valutazione, da svolgersi nella struttura su prenotazione, effettuata da un medico psicoterapeuta o psicologo. Qualora a seguito del primo colloquio si valuti la necessità di inserimento nel programma residenziale, viene effettuato un day hospital valutativo e diagnostico.

Il programma terapeutico è predisposto e seguito da una équipe multidisciplinare composta da medici psichiatri, nutrizionisti, psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, etc.

Il trattamento, altamente strutturato prevede:

- a) Colloqui iniziali per la valutazione diagnostica multidimensionali e l'analisi della motivazione;
- b) Intervento nutrizionale;
- c) Monitoraggio continuo dei parametri clinici;
- d) Intervento psicologico individuale e di gruppo;
- e) Intervento educativo.

Per quanto riguarda il programma riabilitativo le attività sono:

- a) Compilazione di una scheda di assessment iniziale;
- b) Valutazione diagnostica multidimensionale;
- c) Valutazione di laboratorio e strumentale;
- d) Esame fisico (peso, statura, P.A., esame della pelle, tiroide, neurologico ect)
- e) Auto-aiuto guidato e terapeutico, anche mediante utilizzo di test specifici;

- f) Riabilitazione nutrizionale;
- g) Pasti giornalieri assistiti;
- h) Monitoraggio continuo del piano alimentare e del peso;
- i) Monitoraggio dell'attività fisica;
- j) Psicoterapia individuale e/o di gruppo;
- k) Colloqui psicologici-psichiatrici individuale e/o di gruppo;
- l) Colloqui nutrizionali;
- m) Terapia di medicina integrata (ad es. tecniche di rilassamento, meditazione, agopuntura ect);
- n) Fisioterapia ed attività motoria (ginnastica posturale, yoga, euritmia .);
- o) Attività artistiche pedagogiche personalizzate (ad es. arti visive, corsi di inglese, attività artigianali, fotografia, danza, musica, canto ect);
- p) Supporto ed informazione per i familiari;
- q) Terapia dello specchio.

Gli obiettivi specifici dell'intervento terapeutico sono:

- a) La normalizzazione del comportamento alimentare e del peso;
- b) Il miglioramento delle condizioni cliniche generali;
- c) Il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia psicologia-psichiatrica ad esso associata.

Il fabbisogno di questo tipo di strutture, laddove non altrimenti indicato da normative regionali, è quello dei Centri di riabilitazione a ciclo diurno od a ciclo continuativo (all'interno degli standard di posti letto sul territorio regionale) con un valore massimo del 5% complessivo di tali residenze su base aziendale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Il responsabile sanitario del Centro deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, in ragione dei metodi di riabilitazione in uso può essere uno psicologo o neuropsichiatra infantile.
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza;
4. I familiari devono poter accedere alla struttura durante il giorno in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di RIABILITAZIONE CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE a ciclo diurno, in un modulo di (20 prestazioni/die) sono:

Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista Endocrinologo (ad accessi)	0,05
Medico specialista in Scienza dell'alimentazione/Internista	1
Medico specialista Psichiatra (ad accessi)	0,05
Psicologo	1
Dietista	1
OSS	1

Le attività diurne, stante la particolarità della patologia, in ragione delle metodiche di trattamento in uso, si articolano singolarmente o a piccolo gruppo, per un massimo di cinque ore giornaliere continuative, da realizzarsi in orario antimeridiano o post-meridiano.

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di RIABILITAZIONE CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE a ciclo continuativo, in un modulo di (20 p.l.) sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista Endocrinologo (ad accessi)	0,10
Medico specialista in Scienze dell'alimentazione/Internista	3
Medico specialista Psichiatra (ad accessi)	0,10
Psicologo	2
Educatore o Terapista Occupazionale	1
Tecnico della riabilitazione	4
Infermiere Professionale	3
Dietisti	3
OSS	4

Devono essere assicurate le trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

REQUISITI STRUTTURALI

5. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
6. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 utenti
7. I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate
8. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati
9. Locale per accertamenti medici, sufficientemente ampi
10. Locale per accertamenti psicodiagnostica
11. Locale per terapie individuali e/o di gruppo per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq
12. Locale soggiorno/pranzo
13. Servizi igienici e spogliatoi per operatori distinti per sesso e dotati di bagni con docce annesse;
14. Servizi igienici per i pazienti, di cui almeno uno per modulo attrezzato per la non autosufficienza
15. Spazi per attività di accettazione ed archivio
16. Spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito e sporco

N.B: Le funzioni di cucina, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

REQUISITI TECNOLOGICI

17. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere comunque presenti presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte di medici specialisti e degli altri operatori sanitari e della riabilitazione;

CENTRI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA AMBULATORIALE E DOMICILIARE (Mattoni 12: RRE1- RRE2)

Le prestazioni ambulatoriali erogate dai centri di riabilitazione si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di recupero e rieducazione funzionale per la globalità dell'intervento riabilitativo. Queste si configurano nell'insieme di interventi multidisciplinari, valutativi diagnostici, terapeutici e preventivi finalizzati a contenere ed evitare limitazione del funzionamento, dell'attività e della partecipazione della persona con disabilità.

Per l'utenza in età evolutiva, il centro ambulatoriale di riabilitazione si caratterizza per un'attività prevalente di neuroriabilitazione e riabilitazione cognitiva, metacognitiva e del linguaggio; per le altre fasce di età, si caratterizza per un'attività prevalente di riabilitazione funzionale ed orientata al massimo recupero dell'autonomia.

E' prevista la possibilità, per questi centri, di erogare prestazione riabilitative anche al domicilio del paziente.

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi.

Il trattamento di piccolo gruppo deve essere composto al massimo da 6 persone.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare si caratterizzano per la multidisciplinarietà dell'approccio terapeutico e si esplicano attraverso una presa in carico del paziente che preveda un progetto riabilitativo giornaliero che duri mediamente 1 ora.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- 1) L'ambulatorio deve dichiarare la tipologia di tutte le prestazioni erogate;
- 2) Deve essere garantita la globale presa in carico del paziente per l'intero iter riabilitativo
- 3) Deve essere presente una cartella ambulatoriale e/o domiciliare che contenga i seguenti dati:
 - a. dati anagrafici del paziente
 - b. individuazione e valutazione dello spettro delle menomazioni o disabilità
 - c. relativo gradiente di modificabilità delle menomazioni/disabilità
 - d. obiettivi del progetto/programma riabilitativo individuale gli obiettivi e i risultati raggiunti
- 4) Il Direttore medico responsabile dell'ambulatorio deve essere un medico chirurgo specialista in medicina fisica e riabilitativa per l'età adulta o evolutiva o in neuropsichiatria infantile per la sola età evolutiva
- 5) Devono essere presenti durante l'attività ambulatoriale fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapisti occupazionali (in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio e del domicilio)
- 6) Devono essere presenti altre figure professionali (oss) in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio
- 7) Deve essere presente una procedura per la custodia della cartella ambulatoriale e/o domiciliare nel rispetto della vigente normativa sulla privacy
- 8) Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

I REQUISITI ORGANIZZATIVI Minimi per l'accreditamento di strutture attività di RIABILITAZIONE IN FASE ESTENSIVA AMBULATORIALE E DOMICILIARE, in un modulo di 36 prestazioni individuali al giorno sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista	0,33
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	6
OSS	1
Psicologo	18 ore settimanali
Assistente Sociale	6 ore settimanali

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Centro può essere autorizzato e/o accreditato anche per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare, prestazioni che rispondono agli stessi requisiti organizzativi di quelle ambulatoriali. Le prestazioni di riabilitazione

estensiva domiciliare possono essere autorizzate e/o accreditate solo presso quelle strutture che erogano già prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

Per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare possono essere utilizzati gli spazi del Centro con l'aggiunta di un locale per la pianificazione delle attività giornaliere, programmi di aggiornamento professionale, mezzi di trasporto per gli operatori e locali di ricovero dei mezzi, sistemi di trasmissione voce dati a mezzo di apparecchi portatili (palmari, cellulari, computer portatili, ecc.), sistemi di trasmissione dei flussi informativi delle attività

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI (per le strutture ambulatoriali)

1. L'ambulatorio deve essere collocato in zona facilmente accessibile anche a pazienti disabili
2. Area di attesa dotata di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono dell'ambulatorio
3. I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
4. Il locale ambulatorio deve permettere l'accesso agevole ai pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione
5. Deve essere presente spazio per attività di segreteria ed archivio adeguati al volume delle attività previste
6. Il locale ambulatorio medico deve avere una superficie non inferiore a 12 mq
7. I locali dedicati all'esecuzione delle prestazioni riabilitative devono garantire il rispetto della privacy dell'utente
8. In presenza di locali open space suddivisi in box deve essere garantita una superficie minima di 6 mq per postazione di cura
9. La superficie minima della struttura ambulatoriale deve essere pari a 120 mq di cui almeno 36 mq destinati ad ambiente palestra in maniera tale da permettere contemporaneamente l'esercizio terapeutico (o le attività dinamiche) di 6 pazienti
10. Per ogni ulteriore paziente presente contemporaneamente, la superficie della palestra deve essere incrementata di 5 mq
11. Devono essere presenti servizi igienici e spogliatoi per operatori distinti per sesso e dotati di bagni con docce;
12. Devono essere presenti servizi igienici per i pazienti, di cui almeno uno per modulo attrezzato per la non autosufficienza
13. Deve essere presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito
14. Deve essere presente spazio/locale adibito a deposito di materiale sporco
15. Deve essere presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie
16. Devono essere presenti spazi/armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni
17. Deve essere presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tutela della salute dei lavoratori
18. I locali devono avere pavimenti lavabili e disinfettabili
19. I locali devono essere dotati di pavimento antiscivolo
20. I locali devono avere pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 metri.
21. I locali devono essere dotati di porte a superficie lavabile
22. Gli arredi devono essere a superficie facilmente lavabile e disinfettabile

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

23. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività erogata
24. Deve essere presente impianto telefonico per gli utenti utilizzabile anche dalle diverse tipologie di disabili in trattamento
25. Possono essere presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico o di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo
26. Possono essere presenti attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico
27. Possono essere presenti attrezzature e piscine per la terapia riabilitativa in acqua

Gli eventuali apparecchi elettromedicali collegati alla rete devono essere dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "in" inferiore o uguale a 30°

In ogni caso devono essere garantiti i limiti impiantistici (elettrici, elettromedicali, di climatizzazione, di sicurezza – con particolare riferimento alla regola tecnica antincendio) previsti dalla normativa vigente

CASA PROTETTA PER DISABILI (*Mattoni 12: RD5*)

Strutture socio-sanitarie, a connotazione sociale a rilievo sanitario, che erogano prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili fisici psichici e/o sensoriali privi di sostegno familiare. Fino all’approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di tutela della salute mentale, rientrano tra queste strutture quelle che erogano prestazioni ai soggetti disabili di cui alla DGR 685/02, il cui criterio di accesso permane quello previsto dalla deliberazione medesima.

Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse. Il corrispettivo sul versante dell’assistenza domiciliare si identifica in un’assistenza domiciliare integrata con prevalente componente socio-assistenziale.

Accedono persone con parziale autosufficienza e con:

- A. problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile, ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana, e con:
- B. condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio;
- C. necessità di assistenza tutelare completa

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L’ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di CASA PROTETTA per Disabili in un modulo di 20 p.l. sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Neurologo/Fisiatra)	0,20
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione o Tecnico della riabilitazione	0,33
Infermiere Professionale	2
OSS	5
Psicologo	0,33
Assistente Sociale	0,30
Educatore o Terapista Occupazionale	1

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E’ evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

L’assistenza infermieristica è programmata esclusivamente nella fascia oraria diurna.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

6. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli per Struttura.
8. Ogni Centro può condividere gli ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le Strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all’aperto di almeno 5 mq per utente.

AMBIENTI COMUNI

10. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - a) spogliatoio per il personale con servizi igienici;
 - b) locale cucina e dispensa dimensionati secondo le normative vigenti e le Linee Guida sulla Sicurezza Alimentare
 - c) lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti;
 - d) deposito/locale biancheria sporca
 - e) deposito/locale biancheria pulita
 - f) uffici
11. un ingresso con portineria, area di accoglienza, telefono pubblico e servizi igienici
12. locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc.
13. servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza
14. locale per esercizio di culto.
15. La Struttura, se disposta su più di 2 (due) piani, deve essere dotata di monta lettighe e ascensore così come descritto nella DGR 685/2002
16. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a. locale ambulatorio con servizio igienico
 - b. spazio/palestra con relative attrezzature ed ausili
 - c. spazio locale per deposito di attrezzature, ausili e presidi
 - d. armadi idonei alla conservazione dei farmaci
 - e. bagno assistito per ogni piano
17. locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia e pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestiti direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

AREA DI DEGENZA

18. Il centro deve essere dotato di:
 - a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche
 - b) spazi multifunzionali adibiti a soggiorno/pranzo
19. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) 12 mq per le camere ad un posto letto
 - b) 18 mq per le camere a due posti letto
20. Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. (Nel caso di Strutture già accreditate, è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 3 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 6 ospiti).
21. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza.
22. Devono essere presenti un numero di camere che consentano l’agevole movimentazione delle carrozzine in numero adeguato al numero di pazienti bisognosi di carrozzina.
23. L’arredo della stanza deve comprendere:

- a) comodino
 - b) armadio/guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
24. All'interno di ogni camera, deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
25. Devono essere presenti:
- a) luci di emergenza notturne
 - b) linea telefonica a disposizione degli ospiti, anche con apparecchi mobili cordless
 - c) un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - d) pallone autoespansibile con maschere di varie misure
 - e) cannule orofaringee di varie misure
 - f) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - g) laccio, siringhe e agocannule
 - h) materiale per medicazione
 - i) farmaci salvavita
 - j) defibrillatore [con pacing esterno]

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente.

COMUNITÀ ALLOGGIO PER DISABILI

Definizione

La Comunità Alloggio per disabili è una struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a soggetti in situazione di compromissione funzionale (di carattere fisico, intellettuale o sensoriale), con parziale o residuale autonomia funzionale alla gestione delle attività della propria vita quotidiana, che necessitano di interventi di riabilitazione di mantenimento mirati a sostenere e promuovere le condizioni personali ed ambientali per la vita di relazione e l'inclusione sociale.

La struttura può accogliere un massimo di 10 persone, le cui caratteristiche siano omogenee, rispetto alle necessità individuali ad alle attività previste nel servizio.

Modalità di accesso

L'accesso alla struttura è determinato previo istanza dell'interessato ed ove impossibilitato dai familiari o dai servizi sociali del comune di residenza all'U.O. competente dell'ASP di residenza dell'assistito.

La struttura dovrà elaborare e trasmettere, entro i primi 30 giorni dalla presa in carico, all'U.O. competente del distretto socio-sanitario ove insiste la struttura, cui viene demandato il compito della validazione del progetto e delle successive verifiche e valutazioni, un progetto personalizzato in cui sono esplicitati i bisogni, gli obiettivi di breve medio e lungo termine e gli indicatori di risultato.

Requisiti funzionali

Il servizio promuove e rende possibile il mantenimento dell'utente in condizioni di vita normali, in un ambiente a dimensione familiare e comunitaria, tali da favorire:

1. la sua integrazione nel territorio;
2. percorsi di scoperta, recupero e mantenimento dell'autonomia nella gestione di sé, nei rapporti con gli altri, con i tempi, con gli spazi e con le proprie cose.

La Comunità Alloggio ha funzionamento permanente e garantisce i seguenti servizi:

3. prestazioni di tipo alberghiero (alloggio, pasti, servizio lavanderia, stireria, pulizie), preferibilmente da gestire con la partecipazione attiva degli ospiti;
4. assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
5. attività educative finalizzate al mantenimento delle abilità fisiche, cognitive, relazionali e delle autonomie personali;
6. interventi di tutela della salute personale;
7. realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo dei servizi attivi nel territorio;
8. attività, a livello di gruppo, formative e ricreative, tendenti a promuovere forme di inclusione sociale;
9. rapporti costanti con i familiari ed i tutori degli utenti, anche al fine di favorire i rientri temporanei in famiglia.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI ed ORGANIZZATIVI

La Comunità Alloggio è una struttura di civile abitazione priva di barriere architettoniche, inserita in normali edifici o all'interno di unità immobiliari collocate nell'ambito di zone destinate ad uso residenziale ed urbanizzate, servite dai mezzi pubblici di trasporto.

Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:

10. somministrazione pasti;
11. assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
12. attività aggregative e ricreative culturali;
13. eventuali prestazioni sanitarie in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.
14. La struttura deve avere almeno 20 mq. a posto letto di superficie complessiva
15. L'ente titolare della struttura adotta la Carta dei servizi ed elabora un proprio Progetto generale di Comunità con esplicito riferimento a:
16. finalità e obiettivi generali;

17. tipo di prestazioni offerte;
18. articolazione organizzativa e figure professionali impegnate;
19. processi principali del servizio (ammissione, progettazione, dimissione, ecc);
20. metodologia di intervento;
21. organizzazione delle attività;
22. modalità di collegamento e coordinamento con la rete dei servizi e delle risorse del territorio;
23. piano di formazione degli operatori;
24. programma di valutazione e miglioramento della qualità.

25. L’organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:
26. coordinamento del servizio;
27. assistenza educativa;
28. assistenza socio-sanitaria;
29. servizi generali.

I requisiti strutturali di cui sopra sono richieste per le strutture di nuova realizzazione. Per le Residenze del Progetto SAID ai sensi della DGR 203/2007, i requisiti strutturali sono quelli indicati dal Progetto per le residenze di fascia B recepito con la DGR 4296/1998.

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L’ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di Comunità Alloggio per disabili, <u>8 posti letto</u>	
Educatore professionale	1
OSS	6

Per i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso si fa riferimento all’atto d’intesa Stato Regioni del 05/08/1999, recante: “Determinazione dei Requisiti Minimi Standard per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso” recepito con DGR n. 579 del 08/08/2006.

STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Sono strutture residenziali che erogano prestazioni residenziali di tutela della salute mentale che possono essere affidate anche alla gestione del privato (sociale e/o imprenditoriale)

I Requisiti strutturali e tecnologici sono quelli di cui al DPR 14 gennaio 1997 così come recepite dalla DGR 133/1999 e della DGR 141/2009 nel rispetto delle normative in materia di tutela della salute dei lavoratori laddove è prevista la presenza, anche temporanea di figure professionali sanitarie e/o socio-sanitarie

Gli obiettivi sono quelli di fornire prestazioni sanitarie psichiatriche socio-riabilitative.

Accedono persone: bisognevoli di una riabilitazione di tipo psichiatrico:

Le strutture si suddividono in:

- A. Residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (residenze sanitarie terapeutico-riabilitative a rilevanza sociale;
- B. Residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitarie (residenze sociali a rilevanza sanitaria)
- C. Residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sociale (Gruppi convivenza)

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE INTENSIVO (RSP1):	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Psichiatra)	0,40
Maestro d'arte	0,20
Infermiere Professionale	5
OSS	6
Psicologo	0,20
Terapista della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale	2
Assistente Sociale	0,20

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO (RSP2):	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Psichiatra)	0,20
Maestro d'arte	0,20
Infermiere Professionale	3
OSS	5
Psicologo	0,20
Terapista della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale	2
Assistente Sociale	0,20

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE SOCIO-RIABILITATIVI PER INTERVENTI DI MANTENIMENTO E SUPPORTO SOCIALE (RSP3) MODULI FINO A 6 P.L.:	
Figure professionali	*
Psicologo	0,20

Assistente Sociale	0,20
--------------------	------

*in aggiunta al personale sanitario del CSM di competenza

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1. La struttura deve essere localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
2. La struttura deve essere organizzata in moduli di massimo 20 posti letto (6 per i gruppi convivenza o gruppi appartamento). Le Strutture già esistenti che intendono riconvertirsi, devono farlo rispettando una organizzazione in moduli di 20 posti letto (6 per gruppi convivenza o gruppi appartamento).

AMBIENTI COMUNI

3. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - a) spogliatoio per il personale con servizi igienici;
 - b) Cucina, dispensa opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza Alimentare;
 - c) lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti
4. locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc
5. servizi igienici, collegati agli spazi comuni
6. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a) locale ambulatorio/infermeria con servizio igienico
 - b) armadi idonei alla conservazione dei farmaci
7. la struttura deve possedere i requisiti strutturali previsti dalla DGR 141/2009
8. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza.
9. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio/guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
10. Devono essere presenti:
 - a) luci di emergenza notturne
 - b) linea telefonica a disposizione degli ospiti, anche con apparecchi mobili cordless
11. Deve essere prevista una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio
12. Deve essere garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e durante il ricovero con cadenza temporali programmate;
13. Per ogni paziente deve essere redatto un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati
14. devono essere elaborate procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe
15. Deve essere garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura
16. Collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione
17. Registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze
18. Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale
19. Procedure per:
 - a. la gestione delle emergenze
 - b. il bagno e la doccia
 - c. l'igiene orale
 - d. l'igiene a letto
 - e. per la somministrazione di farmaci
 - f. la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale

N.B: Le funzioni di cucina, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni sono gestite dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

**SERVIZI RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI,
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI,
SERVIZI RESIDENZIALI PEDAGOGICO-RIABILITATIVI,
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PEDAGOGICO-RIABILITATIVI,
SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LE
ALCOLDIPENDENZE,
SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LA
COMORBILITA' PSICHIATRICA,
CENTRI DIURNI A BASSA SOGLIA ED UNITA' DI STRADA PER
PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO**

Servizi terapeutico - riabilitativi

I servizi terapeutico riabilitativi sono definiti dalla possibile erogazione delle seguenti prestazioni: - accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite; accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici con agonisti o sintomatici; - valutazione diagnostica multidisciplinare; - attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore, di norma, a ventiquattro mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria), con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; - gestione delle problematiche mediche generali, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti e, comunque, con disponibilità di personale per almeno tre ore alla settimana. Il funzionamento è permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni, se a carattere residenziale e non inferiore a 8 ore, per 6 giorni la settimana, se a carattere semiresidenziale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso COMUNITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE in un modulo di 10 posti letto (se la capacità ricettiva supera i 10 posti letto deve essere aggiunto un Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti - D.G.R. N° 3856 del 29/12/1999 – ogni 10 utenti a partire dal terzo) durata del programma terapeutico personalizzato di norma non superiore ai 24 mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria):

Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Medico	0,09 (3 ore settimanali)
Psicologo	0,28 (10 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N° 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N° 3137 del 7/9/1999)	1 (36 ore settimanali)

Servizi pedagogico/riabilitativi

I servizi pedagogico/riabilitativi sono definiti dalla possibile erogazione delle seguenti prestazioni: - accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e, comunque, in assenza di controindicazioni, accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici con agonisti o sintomatici; - valutazione diagnostica multidisciplinare; - attuazione di un programma pedagogico/riabilitativo predefinito e personalizzato di durata, di norma, non superiore a ventiquattro mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria), con obiettivo centrato

sul ripristino delle capacità di integrazione sociale e sul miglioramento della vita di relazione e metodologia di tipo pedagogico-educativo, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell’utente, ed eventuali modifiche; - ove indicati, consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa; - ove indicato, supporto medico per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di osservazione. Il funzionamento è permanente nell’arco delle 24 ore per 365 giorni, se a carattere residenziale e non inferiore a 8 ore, per 6 giorni la settimana, se a carattere semiresidenziale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l’accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d’abuso COMUNITA’ PEDAGOGICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE in un modulo di 10 posti letto (se la capacità ricettiva supera i 10 posti letto deve essere aggiunto un Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti - D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999 – ogni 10 utenti a partire dal terzo) durata del programma terapeutico personalizzato di norma non superiore ai 24 mesi (fatti salvo gli utenti inseriti a seguito di provvedimenti dell’ autorità giudiziaria):	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	1 (36 ore settimanali)

Servizi di trattamento specialistici

SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LE ALCOLDIPENDENZE

Il programma terapeutico-riabilitativo per il trattamento delle alcol dipendenze deve garantire i seguenti servizi e prestazioni: Valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale della ASP e dagli operatori dell’ente accreditato. Attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall’equipe terapeutica integrata (Comunità, Ser.T. e Alcologia) e con l’utente. Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell’utente ed eventuali modifiche ed integrazioni del programma terapeutico, ove necessario. Supporto psicologico individuale e di gruppo. Gestione delle problematiche mediche generali, adeguate alla tipologia e gravità dei singoli pazienti. Gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non) anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l’accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d’abuso COMUNITA’ TERAPEUTICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER ALCOLDIPENDENTI in un modulo di 10 posti letto (capienza massima 15posti letto), durata del programma terapeutico personalizzato di norma non superiore ai 18 mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell’ autorità giudiziaria).	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Medico Psichiatra	0,12 (4 ore settimanali)
Psicologo	0,34 (12 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	1 (36 ore settimanali)

SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA

I servizi di trattamento specialistico residenziali per la comorbilità psichiatrica sono definiti dalle seguenti prestazioni: accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico, in particolare pazienti con comorbilità psichiatrica; valutazione diagnostica multidisciplinare, eventualmente effettuata da personale del servizio pubblico; gestione delle problematiche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio. La durata del programma può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso COMUNITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER COMORBILITA' PSICHIATRICA in un modulo di massimo 15 posti letto. La durata del programma può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie.	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Medico Psichiatra	0,42 (15 ore settimanali)
Psicologo/psicoterapeuta	0,28 (10 ore settimanali)
Infermiere Professionale	0,28 (10 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999) - è possibile utilizzare tutte le figure professionali sopra previste	2 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	2 (36 ore settimanali)

CENTRI DIURNI A BASSA SOGLIA

Il Servizio Centro Diurno a bassa soglia deve comprendere le seguenti aree di prestazioni da assicurare agli ospiti:

Accesso non selezionato di soggetti; Attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall'equipe terapeutica integrata (comunità e ser.t.) e con l'utente; Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario.

La durata dell'apermanenza nella struttura non è quantificabile in termini temporali in quanto “sosta protetta” e quindi tempo “intermedio” necessario per la ricerca di soluzioni più adeguate e congrue con la storia e le problematiche della persona accolta.

Il Servizio Centro diurno a bassa soglia deve funzionare almeno 8 ore al giorno, per cinque giorni la settimana.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso CENTRO DIURNO A BASSA SOGLIA in un modulo di 10 (massimo 20 posti)	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)

UNITA' DI STRADA

Le unità di Strada hanno l'obiettivo fondamentale della tutela della vita, della tutela della salute, della qualità della vita sociale dei consumatori e tossicodipendenti attivi.

Per la popolazione affetta da dipendenze patologiche: riduzione del rischio di contagio da virus dell'HIV e di altre malattie trasmissibili, anche attraverso la distribuzione di materiale sterile e altri presidi (siringhe monouso, preservativi); riduzione del rischio di morte per overdose, anche attraverso la distribuzione di narcan; riduzione dei rischi sanitari correlati al consumo di sostanze per via endovenosa e informazione sul primo soccorso nei casi d'intossicazione da sostanze legali ed illegali; riduzione dei rischi sociali correlati al consumo di sostanze illegali (emarginazione, isolamento, carcerazione, perdita di reti sociali), attraverso attività di counseling, sostegno e accompagnamento verso i servizi socio-assistenziali e sanitari; educazione socio sanitaria (uso sicuro di droghe e sesso sicuro); primo contatto, aggancio, stabilizzazione della relazione, invio ai servizi; osservazione e monitoraggio sui cambiamenti degli stili del consumo e delle dinamiche del mercato; mappatura del territorio dal punto di vista del consumo di sostanze d'abuso.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso UNITA' DI STRADA: (per le strutture precedentemente autorizzate al funzionamento/accreditate valgono i requisiti di cui all'allegato 8.24 del Regolamento Regionale n. 13/2009).

Figure professionali

Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N° 3856 del 29/12/1999)	3 (36 ore settimanali)
---	------------------------

Il responsabile è individuato in uno dei tre educatori professionali o educatori di comunità terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N° 3856 del 29/12/1999) dell'unità di strada almeno che questa funzione non sia assegnata ad un responsabile di programma condiviso con più sedi facenti capo al medesimo ente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1. La struttura deve essere localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano;
2. La struttura deve garantire l'adeguata dimensione e articolazione degli spazi all'interno del servizio in rapporto al numero degli ospiti;

AMBIENTI COMUNI

3. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - d) Spazi adibiti per il personale con servizi igienici;
 - e) Cucina, dispensa opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza Alimentare;
 - f) lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti;
4. locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc..
5. servizi igienici, collegati agli spazi comuni;
6. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a) locale infermeria;
 - b) armadi idonei alla conservazione dei farmaci;
7. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza.
8. Per ogni paziente deve essere redatto un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati
9. devono essere elaborate procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe
10. Deve essere garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura
11. Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale
12. Procedure per:
 - g. la gestione delle emergenze
 - h. per la somministrazione di farmaci

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) (MATTONE 13)

Premessa

In premessa deve specificarsi come, per concretizzare una reale governance del sistema di offerta territoriale (residenziale/domiciliare) le prestazioni domiciliari potranno essere garantite per le strutture già accreditate per l'erogazione di prestazioni residenziali (RSA e CP per anziani – RSA e CP per disabili – Strutture di REE).

Finalità assistenziali

La mission assistenziale è quella di garantire le prestazioni di assistenza domiciliare di cui al DPGR n°12/2011, così per come definite e secondo le modalità di cui al DPCM del 29 novembre 2001 ed al DPCM del 14 febbraio 2001.

In particolare dovranno essere garantite le prestazioni, di competenza del SSR, relative alle:

- Cure Domiciliari Integrate (CDI) di:
 - ✓ Primo Livello
 - ✓ Secondo Livello
 - ✓ Terzo Livello
- Cure Domiciliari Palliative (CDP)
- Cure Domiciliari Prestazionali Occasionali (CDPO)

Nello specifico dovrà essere garantita la presa in carico degli assistiti che le unità di valutazione multidimensionale (UVM), operanti nei distretti sociosanitari della Regione, valutano come eleggibili nell'ambito delle Cure Sanitarie Domiciliari (CSD).

Le attività assistenziali di che trattasi dovranno essere garantite, qualora ne ricorrano le condizioni, in integrazione con quelle socio tutelari in capo ai comuni in forma singola o associata.

Le prestazioni da erogare sono quelle riconducibili a:

- All'attività educativo-relazionale-ambientale
- Ai trattamenti farmacologici e di mantenimento dell'omeostasi
- Alla funzione respiratoria
- Alla funzione alimentare
- Alle funzioni escretorie
- Al trattamento delle lesioni cutanea
- Ai trattamenti riabilitativi
- All'attività di programmazione

indicate negli allegati 2 – 3 – 4 di cui al DPGR n°12/2011, comunque eseguibili dalle figura professionali di cui al requisito organizzativo di seguito specificato, e con esclusione di quelle medico-specialistiche di stretta competenza distrettuale/aziendale.

Percorso assistenziale – tempi e modalità di erogazione del PAI

Il complessivo percorso assistenziale, senza comunque perdere di vista la sottesa logica di processo, può essere suddivisa in fasi, alcune della quali di esclusiva pertinenza distrettuale.

- a. Fase di ricezione della richiesta: avviene con le modalità di cui al DPGR n°12/2011 presso il Punto Unico di Accesso del distretto di residenza del cittadino.

- b. Fase della valutazione multidimensionale: viene curata dall’UVM distrettuale che provvede ad elaborare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Su richiesta del distretto/azienda sanitaria, può essere richiesta la partecipazione dell’erogatore anche nella fase di valutazione domiciliare correlata alle eventuali proroghe dei piani assistenziali.

Il PAI definisce:

- Durata della presa in carico (data di inizio e data di fine trattamento, data per eventuali valutazioni intermedie)
 - Prestazioni da erogare al domicilio del paziente con indicazione di:
 - Tipologia di prestazione (come da elenco allegato al DPGR n. 12/2011)
 - Figura professionale deputata all’erogazione
 - Frequenza con cui la prestazione dev’essere erogata (solitamente definita su base settimanale con eventuali indicazione dell’orario di accesso al domicilio sempre distinto per figure professionali)
- c. Fase della trasmissione del PAI all’erogatore: Il PUA trasmette il PAI all’erogatore con l’utilizzo del sistema informativo integrato nella piattaforma Sigemona.
- d. Fase della pianificazione degli interventi: l’erogatore è tenuto a predisporre un documento di pianificazione degli interventi assistenziali da erogare a ciascun singolo paziente preso in carico, con indicazione del professionista deputato all’erogazione delle prestazioni.
- e. Fase dell’erogazione del PAI: l’erogatore, ordinariamente entro 24 ore dall’invio del PAI e comunque non oltre le 48 ore, avvia l’erogazione delle prestazioni così per come definite in sede di valutazione. In caso di dimissione protetta la latenza tra richiesta e presa in carico si riduce a 12 ore. L’erogatore è tenuto ad una pedissequa osservanza dal PAI (tipologia/frequenza di erogazione delle prestazioni e durata del PAI) ed alla compilazione del diario clinico domiciliare (anche su supporto informatico attraverso l’applicazione del sistema informativo regionale). L’erogatore è altresì tenuto a segnalare tempestivamente al Servizio di Cure Sanitarie Domiciliari del distretto qualsivoglia notizia inerente le condizioni degli assistiti in carico.
- f. Flessibilità operativa: nel caso in cui le mutate esigenze assistenziali impongano urgenti modifiche del PAI, l’erogatore è tenuto a garantire le correlate prestazioni con immediatezza.
- g. Fase della rivalutazione: entro i 10 giorni antecedenti la data di fine trattamento, l’erogatore è tenuto ad esibire al distretto di residenza dell’assistito relazione clinica, completa degli obiettivi assistenziali raggiunti e di eventuale proposta di nuovo PAI per la prosecuzione dell’assistenza, se ritenuto necessario. Alla data prefissata e riportata nel PAI, l’erogatore è tenuto a partecipare alla seduta dell’UVM distrettuale finalizzata alla rivalutazione del caso.
- h. Chiusura del caso: per intervenuto decesso e/o dimissione del paziente dal servizio, l’erogatore è tenuto ad inviare dettagliata relazione clinico-assistenziale unitamente a tutti gli atti che l’Azienda dovesse ritenere necessari.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Si chiarisce come nella tabella che segue viene definita la tipologia delle figure professionali necessarie indicando la quantità solo ed esclusivamente delle figure di coordinamento. Le figure professionali impegnate nell’assistenza devono ovviamente essere commisurate alla garanzia degli standard operativi e del numero di trattamenti che, per il tramite di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies, le Aziende Sanitarie delegheranno all’erogatore. Nello specifico si sottolinea come lo schema tipo di contratto dovrà evidentemente specificare numero di trattamenti correlati al livello di intensità assistenziale di cui al DPGR n.12/2011

Requisiti di Assistenza

Centrale Operativa: h 24.

La centrale operativa dispone di un servizio di call centre h24, garantito da personale infermieristico opportunamente formato. Presso la centrale operativa operano il coordinatore medico ed il coordinatore infermieristico.

Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.

Profilo di Cura	Intensità Assistenziale	Durata Trattamento	Impegno Assistenziale
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)			Infermiere (15-30’) Professionisti della Riabilitazione(30’)
CD Integrate di Primo Livello	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30’) Professionisti della Riabilitazione (45’) Operatore sociosanitario (60’)
CD Integrate di Secondo Livello	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45’) Professionisti della Riabilitazione(45’) Operatore sociosanitario (60-90’)
CD Integrate di Terzo Livello	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60’) Professionisti della Riabilitazione(60’) Operatore sociosanitario (60-90’)
Cure Palliative malati terminali	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60’) Professionisti della Riabilitazione(60’) Operatore sociosanitario (60 - 90’)

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L’ACCREDITAMENTO DI EROGATORI DI ADI	
Figure professionali	
Medico coordinatore	//
Coordinatore infermieristico	1
Psicologo	1
Assistente sociale	0,5
Infermiere Professionale	2
Terapista della Riabilitazione	//
Logopedista	//
OSS	//
Medico coordinatore	//

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La sede operativa oltre ad accogliere il call centre deve disporre di spazi sufficienti per il coordinamento e la pianificazione delle attività. Devono essere, altresì, presenti locali per il personale dotati di adeguati servizi, deposito farmaci e dispositivi medici.

Standard del servizio

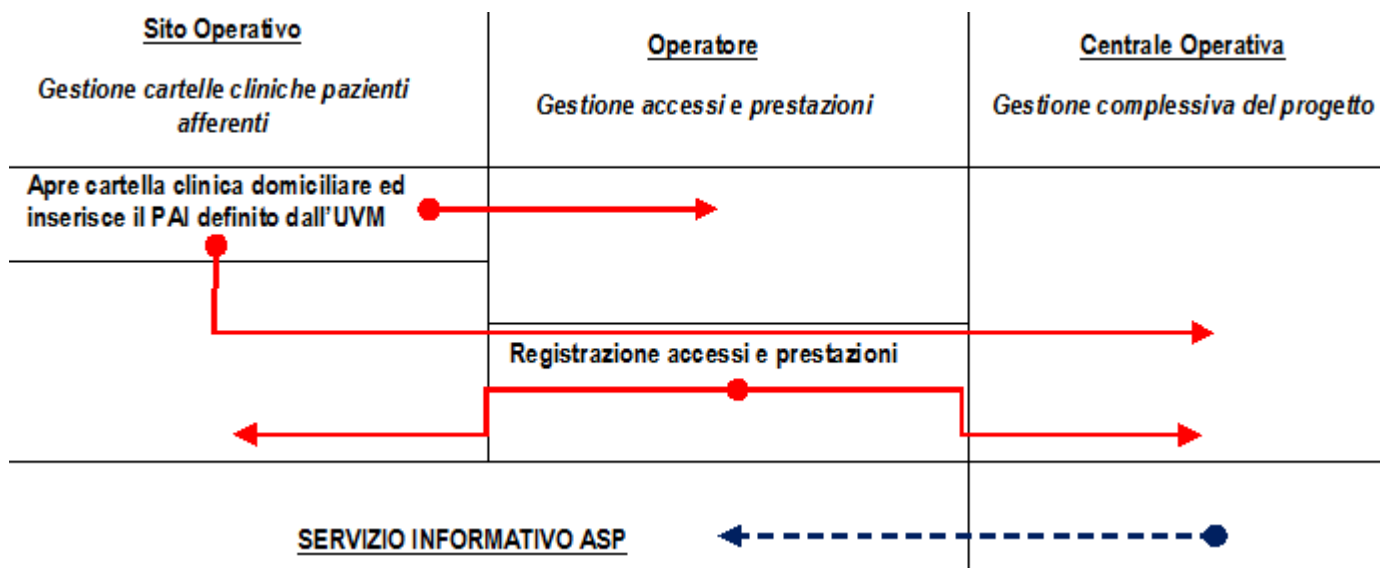
L'erogatore deve garantire le prestazioni così per come definite nel PAI approntato in sede di valutazione multidimensionale, assicurando un'attività h 12 (8-20) per 7 giorni/settimana. Dev'essere altresì garantita una reperibilità infermieristica dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni ed una disponibilità telefonica h 24 attraverso la centrale operativa.

Si richiama quanto già definito al punto 2 in tema di tempi e modalità di erogazione del PAI.

Requisiti ulteriori

L'erogatore è tenuto alla gestione in tempo reale della cartella clinica domiciliare informatizzata che offre la possibilità di gestire anche le schede di valutazione afferenti alla SVAMA. Il sistema consente all'operatore di disporre sul supporto hardware del PAI del paziente con le prestazioni da erogare al domicilio.

L'erogatore, quindi, è obbligato all'utilizzo del sistema informativo regionale già attivo sulla piattaforma Sigemona.



REQUISITI PER ACCREDITAMENTO STRUTTURE DEPUTATE AL TRATTAMENTO DOMICILIARE DI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO (SV O DI MINIMA COSCIENZA (SMC) (MATTONE 13)

Premessa

Il Patto per la Salute 2014-2016, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, prevede espressamente che le Regioni provvedano “a definire soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente” finalizzate a “migliorare la qualità dell'assistenza delle persone in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti”, appare opportuno definire, nell'ambito dei criteri di accreditamento dell'assistenza domiciliare, specifici criteri necessari a garantire tale sublivello assistenziale su tutto l'ambito regionale.

A tale scopo verranno definiti i seguenti punti:

1. Definizione tipologia di pazienti da assistere;
2. Criteri di eleggibilità attraverso strumenti di valutazione multidimensionale;
3. Percorso assistenziale;
4. Identificazione requisiti organizzativi e tecnologici;
5. Identificazione, attraverso l'individualizzazione dei fattori produttivi, di una proposta di tariffa.

1) Definizione tipologia di pazienti da assistere

Persone non autosufficienti in stato vegetativo o di minima coscienza cronici anche con vigilanza fluttuante, con diversa eziologia.

2) Criteri di eleggibilità attraverso strumenti di valutazione multidimensionale

Per l'eleggibilità i pazienti saranno valutati secondo la Coma Recovery Scale-Revised (CRS –r). Verranno svolte anche le seguenti valutazioni:

1. Valutazione completa delle condizioni cliniche del paziente;
2. Valutazione del dolore con Nociception Coma Scale (NCS).
3. Valutazione del carico assistenziale del paziente;

Sulla base della valutazione multidimensionale i pazienti vengono altresì suddivisi in tre classi in ragione del ricorrere di alcune condizioni cliniche e assistenziali:

- Classe A: Pazienti con lesioni da decubito;
- Classe B: Pazienti con tracheostomia;
- Classe C: Pazienti con o senza PEG (Gastrostomia perendoscopia).

3) Percorso assistenziale

Il percorso assistenziale che viene qui definito è sovrapponibile a quello che contraddistingue, con le opportune specifiche e modulazioni, l'assistenza domiciliare, peraltro direttamente derivata dalle indicazioni DPGR n 12 del 2011.

1) Modalità di accesso.

La richiesta viene avanzata direttamente al punto unico di accesso del distretto di residenza in nome e per conto del paziente;

Sono previste le seguenti fasi:

a) Fase della valutazione multidimensionale:

Viene curata, attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale identificati al punto precedente, dall'UVM distrettuale integrata dalla presenza di personale dell'erogatore accreditato. L'UVM deve altresì verificare la presenza di eventuali limiti o barriere culturali e

strutturali che possano impedire la presa in carico dell’assistito. L’UVM provvede quindi ad elaborare il Piano Assistenziale Individualizzato che deve espressamente prevedere:

- i) Identificazione del livello di intensità assistenziale;
- ii) Durata della presa in carico;
- iii) Prestazioni da erogare al domicilio del paziente con indicazione:
 - (1) della tipologia di prestazioni con riferimento specifico a quelle che deve svolgere sia l’erogatore accreditato sia il SSN;
 - (2) della/delle figure professionali deputate all’erogazione delle singole prestazioni;
 - (3) della frequenza con cui la prestazione deve essere erogata.

Nella fattispecie il subpiano assistenziale svolto dall’erogatore deve contenere i seguenti elementi costitutivi:

- i) Accessi assistenti domiciliari;
 - ii) Accessi medico specialista della struttura accreditata;
 - iii) Prestazioni di telemonitoraggio dei parametri vitali;
 - iv) Teleconsulto;
 - v) Informazione e supporto per medico di medicina generale;
 - vi) Formazione specifica per infermieri professionali e terapisti delle riabilitazioni domiciliari.
- b) Fase della trasmissione del PAI all’erogatore da parte del PUA;
 - c) Fase della pianificazione degli interventi assistenziali che l’erogatore è tenuto a prestare per ogni singolo paziente;
 - d) Training per i familiari e care giver;
 - e) Fase dell’erogazione del PAI:
L’erogatore entro 1 settimana avvia l’erogazione delle prestazioni così per come definite in sede di valutazione;
 - f) Eventuale ricovero di sollievo: il ricovero di sollievo deve essere erogato a richiesta del care giver, previa valutazione della competente UVM (da realizzare in tempi coerenti con l’eventuale situazione di emergenza personale o assistenziale) che ne definisce la durata direttamente dalla struttura ospedaliera accreditata per l’ADI, in lungodegenza specializzata in tale ambito (cod. 60).

REQUISITI ORGANIZZATIVI, TECNOLOGICI E STRUTTURALI

I requisiti per l’accreditamento di una struttura per svolgere ADI per SV o SMC vengono riportati nella seguente tabella:

Parametro	Requisito	
Accessi Assistenti Domiciliari Stato Vegetativo (ADOSV)	Capacità di fornire Assistenti domiciliari formati	Assistente Domiciliare Stato Vegetativo adeguatamente formato
Accessi Medico specialista	Capacità di fornire medico con esperienza con pazienti in SV o MSC da almeno tre anni	<ul style="list-style-type: none"> • 2 medici con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza
Monitoraggio automatizzato dei parametri vitali	Dotazione dell’apparecchiatura necessaria, ivi comprese le parti	<ul style="list-style-type: none"> • attrezzature e strumentazioni informatiche per

	software e quelle hardware da collocare a casa del paziente	<p>centralizzazione servizi di monitoraggio automatizzato dei parametri vitali</p> <ul style="list-style-type: none"> • piattaforma telematica per monitoraggio • sensoristica per monitoraggio
Teleconsulto	Dotazione dell'apparecchiatura necessaria, ivi comprese le parti software e quelle hardware da collocare a casa del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • piattaforma telematica per teleconsulto
Dotazione organica	Supportare i familiari per affrontare il peso assistenziale.	<ul style="list-style-type: none"> • 3 medici di cui 1 sempre presente nella struttura accreditata • 1 service manager • 1 coordinatore • 1 sistemista • 1 assistente sociale • 1 amministrativo
Attività formative	Capacità di erogare formazione specialistica alle diverse figure professionali per il trattamento di pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza	<ul style="list-style-type: none"> • Medici con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza • Sistemista con comprovata esperienza in gestione di strumenti ICT finalizzati al monitoraggio automatizzato dei parametri vitali e al teleconsulto • Assistente sociale con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza • Infermiere professionale con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza • Fisioterapista professionale con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza

Categorie di Costo	Voci di Costo
Assistenza domiciliare	Medico
	Infermiere
	Terapista
	Assistente domiciliare
Unità operativa di monitoraggio	Personale e spese generali
	Tecnologie, Arredi e Opere murarie
Dispositivi e ausili	Dispositivi e ausili previsti dal SSN
	Dispositivi e ausili specifici per pazienti in SV e SMC
Alimentazione e materiale di consumo	Alimentazione e materiali di consumo previsti dal SSN
	Materiali di consumo medicali per le visite a domicilio
Attività formativa e di aggiornamento	Docenze
	Logistica per partecipanti al corso