

## Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 15 giugno 2012, n. U00099

**Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi.**

**OGGETTO: Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi.**

**LA PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di Rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

PRESO ATTO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il Dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato, in sostituzione del Dr. Morlacco, sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla summenzionata Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

PRESO ATTO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro del disavanzo del Servizio sanitario della Regione Lazio, unitamente al Dott. Giuseppe Antonio Spata, confermato nell'incarico;

VISTA la legge 11 marzo 1988, n. 67 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005), con particolare riferimento all'art. 20 "Disposizioni in materia sanitaria";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

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

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" ed, in particolare, l'art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l'obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione

di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della legge finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art. 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - di un apposito accordo con i Ministri dell'Economia e della Salute che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTA l'Intesa suddetta che, nell'Allegato 1, al Punto 2, lett. e) stabilisce che le Regioni debbano "mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA (D.P.C.M. 29/11/2001, art. 54, L. n. 289 del 27/12/2002 e art. 1, comma 169, L. n.311 del 30/12/2004)";

VISTA la legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" e, in particolare, l'art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l'accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposito accordo, tra i Ministri della Salute, dell'Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell'art.1, comma 180, della L. n. 311/04, accordo comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il Nuovo Patto per la Salute 2010 – 2012, con la quale, all'art. 13 comma 14, si stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo Patto, restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTA la legge 12 novembre 2011 n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2012)";

CONSIDERATO che il suddetto Patto all'art. 7, stabilisce di dover "promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e remunerazione", ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n.131/03;

CONSIDERATO, altresì, che la suindicata Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 prevede, all'art. 9, la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali nei confronti di pazienti anziani e di altri soggetti non autosufficienti, l'agevolazione di processi di deospedalizzazione nonché l'adozione di uno specifico atto di programmazione integrata;

VISTA la legge regionale 1 settembre 1993, n. 41 “Organizzazione, funzionamento e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali”;

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;

VISTA la legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27 “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)” e, in particolare, l’art. 8 concernente le misure di attuazione del Patto nazionale sulla salute;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2010, n. 3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio”;

VISTA la legge regionale 13 agosto 2011, n. 12 “Disposizioni collegate alla legge di assestamento di bilancio 2011-2013”;

VISTA la legge regionale 23 dicembre 2011, n. 19 “Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2012 (art. 11, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25)”;

VISTA la legge regionale 23 dicembre 2011, n. 20 “Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2012”;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 1994, n. 1 in materia di organizzazione e funzionamento delle residenze sanitarie assistenziali;

VISTO il regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 “Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio, in attuazione dell’art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)”;

VISTE le deliberazioni della Giunta regionale :

- ✓ 12 febbraio 2007, n. 66, concernente “Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio, ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”
- ✓ 6 marzo 2007, n. 149, avente ad oggetto “Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 22 marzo 2010, n. 182 “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Stato dell’offerta assistenziale sul territorio della Regione Lazio e relativo ampliamento per il 2010”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0015 del 5 settembre 2008 “Neuropsichiatriche. Approvazione della "Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche" (All.1) e della "Relazione sulle attività delle Case di cura Neuropsichiatriche: dati di attività 2007" (All.2)”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0017 del 5 settembre 2008 “Attuazione obiettivo specifico Piano di Rientro, punto 1.1 (1.1.1 1.2.1a): approvazione del documento sulla riconfigurazione dell’offerta regionale di assistenza sanitaria extraospedaliera agli anziani in regime residenziale”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0043 del 17 novembre 2008 “Individuazione del fabbisogno di posti letto per acuti nella Regione Lazio per l'anno 2009 e conseguente riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale regionale”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0087 del 18 dicembre 2009 “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0017 del 9 marzo 2010 “Atto ricognitivo di cui al decreto commissariale n. U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. A numero 1 della LR 4/2003”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0080 del 30 settembre 2010 “Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0082 del 30 settembre 2010 “Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al Decreto del Commissario *ad acta* n. 87/2009”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0090 del 10 novembre 2010 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3” e s.m.i.;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0103 del 17 dicembre 2010 “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Riorganizzazione e riqualificazione dell’offerta assistenziale ai sensi dei decreti commissariali n. U0017/2008 e n. U0048/2010. Definizione degli elementi di riferimento per l’articolazione dell’offerta nei diversi livelli prestazionali finalizzato alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0111 del 31 dicembre 2010 “Decreto del Commissario *ad Acta* n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - integrazioni e modifiche”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0113 del 31 dicembre 2010 “Programmi Operativi 2011-2012”;

ATTESO che, tra gli obiettivi specifici individuati dal Piano di rientro e nei Programmi Operativi per il 2010, risultano individuate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione

della spesa sanitaria e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni, attraverso accordi di erogazione delle prestazioni medesime;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0006 del 19 gennaio 2011 “Decreto commissariale n. U0103 del 17.12.2010. Istituzione di una Unità di Cure Residenziali Intensive (UCRI) presso l’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0008 del 10 febbraio 2011 “Modifica dell’Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”;

VISTO il decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0039 del 20 marzo 2012 “Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”;

PRESO ATTO della tipologia di strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, degli specifici livelli prestazionali nonché dei relativi requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie definiti e disciplinati al punto 4 del DPCA n. U0008/2012;

PRESO ATTO, altresì, delle tipologie di trattamento e di nuclei assistenziali previsti dal DPCA n. U0039/2012 in sede di ridefinizione e riordino dell’offerta territoriale, con particolare riferimento alle persone non autosufficienti, anche anziane;

RITENUTO necessario, pertanto,

- definire la corrispondenza tra gli ambiti assistenziali disciplinati da questi ultimi provvedimenti in materia di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane come evidenziato
  - nel Documento “Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane - Corrispondenza tra le tipologie di trattamento e di nuclei residenziali e semiresidenziali definiti dal DPCA n. U0039/2012 e le tipologie di livelli prestazionali e di nuclei residenziali e semiresidenziali definiti dal DPCA n. U0008/2011 (punto 4) e relativi requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”;
  - nella “Legenda corrispondenze”  
elaborati dalla competente struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità – ASP e rispettivamente allegati n. 1 e 2 del presente provvedimento del quale costituiscono parte integrante;
- rinviare a successivo provvedimento la definizione dei requisiti della tipologia di trattamento estensivo per le persone non autosufficienti, anche anziane, introdotta con il decreto U0039/2012 e che non trova corrispondenza con il predetto decreto n. U0008/2011;

PRECISATO che i requisiti di cui al presente provvedimento sono da intendersi necessari ai fini dell’autorizzazione all’esercizio e non possono invece rilevare ai fini della durata dei trattamenti, che in ogni caso devono essere garantiti nel rispetto delle linee guida, dei protocolli diagnostico-terapeutici e degli altri atti di programmazione ed organizzazione sanitaria;

## DECRETA

per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento

- di approvare

- il Documento “Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane - Corrispondenza tra le tipologie di trattamento e di nuclei residenziali e semiresidenziali definiti dal DPCA n. U0039/2012 e le tipologie di livelli prestazionali e di nuclei residenziali e semiresidenziali definiti dal DPCA n. U0008/2011 (punto 4) e relativi requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività anitarie e socio-sanitarie”;
- la “Legenda corrispondenze”  
elaborati dalla competente struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità – ASP e rispettivamente allegati n. 1 e 2 del presente provvedimento del quale costituiscono parte integrante;

- di rinviare a successivo provvedimento la definizione dei requisiti della tipologia di trattamento estensivo per le persone non autosufficienti, anche anziane introdotta con il decreto U0039/2012 e che non trova, pertanto, corrispondenza con il predetto decreto n. U0008/2011.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

La Presidente  
Renata Polverini

**Allegato 1**

***ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI  
ANCHE ANZIANE***

***CORRISPONDENZA TRA***

***LE TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO E DI NUCLEI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DEFINITI DAL  
DPCA N. U0039/2012***

***E***

***LE TIPOLOGIE DI LIVELLI PRESTAZIONALI E DI NUCLEI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DEFINITI  
DAL DPCA N. U0008/2011 (punto 4) E RELATIVI REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER  
L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE***

## INDICE

### **4. Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale**

#### **4.1. Strutture di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane**

##### **4.1.1 Strutture di assistenza residenziale**

4.1.1.a Requisiti strutturali

4.1.1.b Requisiti tecnologici

4.1.1.c Requisiti organizzativi

##### **4.1.1.1 Nuclei di assistenza residenziale intensiva**

4.1.1.1.1 Requisiti strutturali

4.1.1.1.2 Requisiti tecnologici

4.1.1.1.3 Requisiti organizzativi

##### **4.1.1.2 Nuclei di assistenza residenziale estensiva**

**4.1.1.3 Nuclei di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi**

##### **4.1.1.4 Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento "RSA - A"**

4.1.1.4.1 Requisiti organizzativi

##### **4.1.1.5 Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento "RSA - B"**

4.1.1.5.1 Requisiti organizzativi

##### **4.1.2 Strutture di assistenza semiresidenziale**

4.1.2.a Requisiti strutturali

4.1.2.b Requisiti tecnologici

4.1.2.c Requisiti organizzativi

##### **4.1.2.1 Nucleo estensivo per disturbi cognitivo-comportamentali gravi**

##### **4.1.2.2 Nucleo di mantenimento RSA**

4.1.2.2.1 Requisiti organizzativi

## **4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE**

### **4.1. Strutture di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane**

L'accesso ai trattamenti per le persone non autosufficienti, anche anziane, avviene mediante valutazione multidimensionale, sia per i soggetti provenienti dal domicilio che per quelli in dimissione da struttura ospedaliera. Ciò al fine di individuare il setting assistenziale più appropriato rispetto al bisogno. In particolare, l'anticipazione della valutazione multidimensionale, in fase di dimissione da ospedale per acuti, può consentire la scelta assistenziale migliore tra l'offerta disponibile: lungodegenza, residenzialità intensiva, estensiva, di mantenimento (quest'ultima articolata in ambiti di maggiore e minore intensità assistenziale), domiciliarità.

L'offerta territoriale per la non autosufficienza è così graduata: trattamento intensivo, estensivo, mantenimento; All'interno di una singola struttura possono coesistere nuclei assistenziali diversi (intensivo, estensivo, mantenimento) allo scopo di qualificare l'assistenza e garantire la continuità delle cure.

Le tipologie di trattamento previste sono di seguito descritte.

#### **- Trattamento intensivo**

Il trattamento intensivo, essenziale al supporto delle funzioni vitali (ventilazione meccanica assistita, nutrizione enterale-parenterale protratta, trattamento di stati vegetativi o coma prolungato, malattie neurodegenerative progressive, ecc), è rivolto a persone non autosufficienti, anche anziane, gravemente compromesse. I trattamenti intensivi sono erogati in specifici Nuclei di assistenza residenziale intensiva.

#### **- Trattamento estensivo**

Il trattamento estensivo viene erogato in Nuclei di assistenza residenziale estensiva destinati a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di elevata tutela sanitaria: cure mediche, cure infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie endovenose, trattamento di lesioni da decubito profonde, ecc.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto, le prestazioni sono erogate in Nuclei di assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi.

La degenza/frequenza è finalizzata al recupero e alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello residenziale di mantenimento.

#### **- Trattamento di mantenimento**

Il trattamento di mantenimento viene erogato in Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento destinati a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di media tutela sanitaria cui vengono erogate prestazioni di lungo assistenza, anche di tipo riabilitativo.

Per fornire risposte appropriate ai bisogni espressi dal case mix dei soggetti eleggibili per il livello di mantenimento, sono individuati due ambiti di differente intensità assistenziale: maggiore intensità (A); minore intensità(B).

Sono previsti anche Nuclei di assistenza semiresidenziale di mantenimento destinati alle persone non autosufficienti, anche anziane, o con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale che vivono nel proprio ambiente familiare. Tali Nuclei semiresidenziali svolgono funzioni di carattere socio-assistenziale, riabilitativo, di mantenimento delle autonomie residue ed erogano prestazioni sanitarie di base.

Nella tabella seguente si riporta la classificazione dei nuclei di assistenza per tipologia di trattamento.

Tipologia di trattamento	Denominazione	Destinatari
Intensivo	Nucleo di assistenza residenziale intensiva	Persone non autosufficienti
Estensivo	Nucleo di assistenza residenziale estensiva	Persone non autosufficienti
	Nucleo di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	Persone con demenza
	Nucleo di assistenza semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	Persone con demenza
Mantenimento - RSA	Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento A	Persone non autosufficienti
	Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento B	Persone non autosufficienti
	Nucleo di assistenza semiresidenziale di mantenimento	Persone non autosufficienti

Nelle Strutture residenziali possono essere istituite Unità di Dialisi Decentrate per Anziani (U.D.D.A.) che dovranno assicurare le prestazioni di dialisi con priorità agli ospiti nefropatici rispetto agli utenti esterni.

Le Strutture sono collegate funzionalmente con i servizi territoriali facenti capo alle attività socio - sanitarie del distretto, comprendenti in particolare l'assistenza di medico di M.G. e il Centro di Assistenza Domiciliare; inoltre, in relazione alle specifiche patologie degli ospiti, sono collegate funzionalmente alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali nonché ai Dipartimenti di Salute Mentale.

#### 4.1.1 Strutture di assistenza residenziale

La capacità recettiva per presidi autonomi è di minimo 20 posti e massimo 80, in via eccezionale fino a 120 posti (strutture ubicate in zone ad alta densità abitativa ovvero derivanti da riconversioni di strutture sanitarie di ampie dimensioni ovvero per documentate esigenze del territorio dell'azienda U.S.L. dove la struttura è ubicata).

La Struttura residenziale è articolata in nuclei di minimo 10 e massimo 20 p.l.. Per la tipologia di trattamento intensivo il nucleo è di minimo 4 e massimo 10 p.l..

##### 4.1.1.a Requisiti strutturali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle Strutture residenziali sono determinati nelle misure che seguono:

a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in almeno mq 40 per ospite;

b) per gli alloggi

mq 28 per una persona;

mq 38 per due persone;

mq 52 per tre persone;

c) per le camere (bagno escluso):

mq 12 per una persona;

mq 18 per due persone;

mq 26 per tre persone;

mq 32 per quattro persone;

d) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di almeno 40 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);

e) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Va tenuto presente che gli standard rapportati alle persone sono da considerarsi netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche.

## **Area della residenzialità**

### Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1, 2, 3, 4, letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.

### Servizi di nucleo (ogni 10 – 20 posti):

- Locale soggiorno/gioco/TV/spazio collettivo.
- Angolo cottura.
- Sala da pranzo anche plurinucleo.
- Locale di servizio per il personale di assistenza con annessi servizi igienici.
- Bagno assistito (è consentita l'installazione di docce per persone disabili in luogo delle vasche ospedaliere; in tal caso dovranno essere garantiti spazi idonei a consentire le manovre al personale di assistenza. Il bagno assistito non è richiesto qualora tutte le camere del nucleo siano fornite di bagno autonomo attrezzato per la non autosufficienza).
- Armadi per la biancheria pulita.
- Locale deposito materiale sporco con vuotatoio e lavapadelle (anche articolato per piano).
- Locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo etc.(anche articolato per piano).

## **Area destinata alla valutazione e alle terapie**

Devono essere previsti:

- Locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche.
- Area destinata all'erogazione delle attività di riabilitazione.
- Locali e palestra con attrezzature per le attività riabilitative previste, anche in comune con altre U.O.

## **Area della socializzazione**

Devono essere previsti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Sale per le attività occupazionali.

- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

### **Aree generali e di supporto**

Devono essere previsti:

- Ingresso con portineria, posta, telefono.
- Uffici amministrativi.
- Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento).
- Lavanderia e stireria (se il servizio è appaltato all'esterno locali per lo stoccaggio).
- Magazzini.
- Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici.
- Camera mortuaria con sala dolenti.
- Depositi pulito e sporco.

Tutti i corridoi le scale ed i locali di passaggio devono essere forniti di corrimano.

Qualora la Struttura residenziale sia collocata nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

#### **4.1.1.b Requisiti tecnologici**

Nelle camere dell'area abitativa la temperatura non deve essere inferiore a 20° C nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° C nella stagione estiva.

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo e di broncoaspiratore.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia – elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc.);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione;
- attrezzature per l'area abitativa particolarmente adatte ad ospiti non deambulanti e non autosufficiente (letti, materassi e cuscini antidecubito etc.);
- in caso di strutture a più piani, impianti elevatori tra cui almeno un montalettighe idoneo per le persone disabili.

#### **4.1.1.c Requisiti organizzativi**

L'organizzazione deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- un ambiente di vita il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;
- la socializzazione all'interno della Struttura anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

Inoltre devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla loro patologia al fine di raggiungere e mantenere il miglior livello possibile di qualità di vita. In particolare sono erogate:

- prestazioni di medicina generale, specialistiche, farmaceutiche, a carico del S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, anche attraverso i servizi distrettuali ed aziendali;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni protesiche, odontoiatriche complete e podologiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
- trasporto e accompagnamento ed eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno della Strutture;
- prestazioni per la cura personale (barbiere, parrucchiere e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti;
- qualora sia presente all'interno della Struttura una U.D.D.A. la stessa dovrà possedere i requisiti strutturali ed organizzativi specificamente previsti.

La Direzione medica e infermieristica delle Strutture sono affidate rispettivamente a:

- a) al Medico Responsabile in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, fisiatra o altro specialista) ovvero, per le strutture in possesso di sola autorizzazione, con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore con presenza di almeno quattro ore giornaliere per

sei giorni alla settimana e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti; tale funzione viene estesa anche agli eventuali nuclei semiresidenziali presenti nella stessa struttura;

b) all'Infermiere Dirigente in possesso della qualificazione ed esperienza professionale prevista per accedere al livello D.S. (art. 12 del CCNL 7 aprile 1999) con la responsabilità delle attività assistenziali, organizzative ed alberghiere (coadiuvato per la funzione, per le strutture superiori a 60 p.l., almeno da un infermiere coordinatore); tale funzione viene estesa anche agli eventuali nuclei semiresidenziali presenti nella stessa struttura.

Le Strutture devono essere inoltre in possesso del seguente personale:

c) infermieri in numero variabile, in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della Struttura, con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali;

d) terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali, educatori professionali in numero variabile in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della Struttura con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali;

e) operatori socio - sanitari o figure equipollenti in numero variabile in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della Struttura con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali;

f) assistente sociale anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali;

g) psicologo anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali;

h) dietista anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.

Nota: le figure di cui ai punti f,g,h sono condivise tra i nuclei.

L'entità del personale di assistenza deve essere atta a garantire l'assistenza e la sicurezza degli ospiti. Il personale svolge non solo le funzioni di assistenza diretta - di cui rendono conto i minutaggi LEA - ma assolve a bisogni assistenziali indiretti non contenuti in detto minutaggio e che sono variabili in considerazione della organizzazione dei piani di lavoro e della logistica della struttura. L'assistenza diretta dedicata agli ospiti non è una mera esecuzione di prestazioni in funzione delle esigenze degli operatori o della struttura ma deve essere erogata con una tempistica ed una logica che tenga conto delle abitudini e degli stili di vita degli ospiti stessi.

L'organico di personale di seguito schematizzato per ciascun livello prestazionale andrà articolato secondo i turni ed i piani di lavoro stabiliti dalla struttura tenendo conto delle considerazioni sopra esposte.

Il personale di assistenza dovrà inoltre essere proporzionalmente ridimensionato in funzione della grandezza della struttura, dei livelli prestazionali da assicurare, della numerosità dei p.l. per nucleo e in relazione al reale case mix assistenziale degli ospiti tenendo presente il vincolo prioritario di assicurare l'attuazione dei Piani di Assistenza Individuali (PAI); si precisa in ogni caso che deve essere assicurata la presenza contemporanea per nucleo di almeno due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione e deve essere assicurata la presenza notturna di almeno un infermiere ogni 60 posti letto. L'assistenza garantita dagli OSS può essere erogata anche da OTA, ADEST o altre figure similari purché siano qualificate e formate a prestare assistenza diretta alla persona.

Tra il personale della riabilitazione è compreso, secondo le necessità assistenziali: il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, educatore professionale.

Le attività non dedicate all'assistenza diretta alla persona possono essere esternalizzate.

Fino a 60 p.l. è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (18 ore a 20 p.l., 24 ore a 40 p.l., 30 ore a 60 p.l.), oltre i 60 p.l. un medico full time (38 ore).

La Struttura deve essere dotata di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero dei posti letto e al sistema organizzativo della struttura.

Detto personale può essere anche in comune con altre U.O.

Per ogni ospite deve essere assicurata anche in collaborazione con i servizi distrettuali e la partecipazione del Medico di Medicina Generale:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve essere predisposto un regolamento interno, da consegnare agli ospiti al momento dell'ingresso, il quale deve contenere oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi di cui al punto 0.2.

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi, l'organizzazione della vita all'interno della struttura con particolare riguardo agli orari dei pasti ed alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato;
- l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal S.S.R.;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

Presso la Struttura deve essere istituito un apposito registro o altro mezzo di rilevazione concordato con l'Azienda U.S.L. nel quale sono riportate le interruzioni, anche temporanee di trattamento o di ospitalità; tali registrazioni devono essere aggiornate dal personale amministrativo e rese disponibili per i controlli di vigilanza.

Deve essere assicurata all'interno della Struttura l'accesso alle associazioni di volontariato e la partecipazione alle attività di socializzazione degli ospiti.

In particolare, nelle Strutture è costituito un Comitato di partecipazione, valido anche per strutture con nuclei semiresidenziali, che deve essere composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato. Tale organo, disciplinato con atto successivo, ha il compito di raccogliere e valutare le istanze degli ospiti relative ad iniziative intese a promuovere maggiore autonomia e maggiore integrazione degli stessi all'interno delle Strutture e, all'esterno, con il tessuto sociale, formulando le conseguenti proposte alla direzione della struttura.

#### **4.1.1.1 Nuclei di assistenza residenziale intensiva**

##### **4.1.1.1.1 Requisiti strutturali**

Data la peculiarità dei pazienti ospitati e dei livelli di assistenza da garantire vengono assunti oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.a i seguenti:

- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali ed eventuale ventilazione meccanica che possono necessitare per i pazienti di recente trasferiti dalle terapie intensive o per possibili aggravamenti improvvisi;
- un bagno assistito per immersione totale in posizione supina;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo.

#### 4.1.1.1.2 Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 4.1.1.b devono essere presenti:

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- sollevatori con diversi tipi di imbracature;
- un pesapersone per disabili;
- disponibilità di valutazioni neurofisiopatologiche, urodinamiche, monitoraggio pressorio, e.g.a..

#### 4.1.1.1.3 Requisiti organizzativi

Tali nuclei sono preferibilmente collocati all'interno di strutture polifunzionali con almeno un reparto di post acuzie medica o riabilitativa e sono costituiti da un minimo di 4 p.l. fino ad un massimo di 10 p.l..

L'attività di assistenza è caratterizzata da:

- attività di nursing con fisioterapia al mantenimento delle condizioni già raggiunte all'interno delle UU.OO. ospedaliere e di riabilitazione di provenienza nonché alla prevenzione di ulteriori complicanze da patologie sovrapposte;
- continua sorveglianza medica adeguata allo "status" di ogni singolo paziente da parte di staff medico-specialistico;
- programmazione concordata con l'équipe medico-specialistica, dell'intervento guidato e della collaborazione dei parenti in tutte quelle attività che, con stimoli familiari al paziente, mirino a risvegliare una coscienza reattiva all'ambiente esterno e/o sostengano l'ospite nelle relazioni e nella comunicazione.

A garanzia dell'assistenza sono presenti le figure professionali elencate alle lettere c, d, e, f, g, h, del paragrafo 4.1.1.c e secondo le specifiche di dotazione ivi indicate per tale livello.

Sono garantite:

- a) La presenza del medico nella struttura a copertura delle 24h.
- b) L'assistenza medica dedicata per nucleo è quantificata in 300 minuti/die.
- c) La presenza infermieristica nel nucleo a copertura delle 24H.
- d) L'assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 210 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 90 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici che vanno dalla gestione dei supporti vitali al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche di per se croniche, evolutive e a forte rischio di instabilità oltre a necessità di mobilitazione e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto.

	Min/die persona	pers minimo	POSTI LETTO	
			10	20
MEDICO	30,00	1,00	1,00	2,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	50,00	2,00	2,00	4,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	148,00	6,00	6,00	12,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	148,00	6,00	6,00	12,00
<b>Totale complessivo</b>			<b>15,00</b>	<b>30,00</b>

Si precisa che per le strutture inferiori a 10 p.l. il personale rimane comunque pari a quello previsto per 10 p.l..

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato di fisiatra, anestesista-rianimatore, neurologo.

Dovranno essere anche garantite le consulenze e gli eventuali trattamenti specialistici che si rendessero necessari durante l'ospitalità.

#### **4.1.1.2 Nuclei di assistenza residenziale estensiva**

La Regione si riserva di emanare uno specifico provvedimento per la definizione dei requisiti.

#### **4.1.1.3 Nuclei di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi**

La Regione si riserva di emanare uno specifico provvedimento per la definizione dei requisiti.

#### **4.1.1.4 Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento "RSA - A"**

##### **4.1.1.4.1 Requisiti organizzativi**

Oltre ai requisiti previsti al punto 4.1.1.c, sono garantite:

- a) Assistenza medica dedicata: 160 minuti/die per nucleo
- b) Presenza infermieristica a copertura delle 24H nel nucleo
- c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 140 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 45 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche oltre a necessità di mobilitazione e di cura della persona, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei p.l..

	min die persona	pers minimo	POSTI LETTO					
			20	40	60	80	100	120
MEDICO			0,63	0,79	1,00	1,63	1,79	2,00
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	40,00	1,00	2,00	4,00	6,00	8,00	10,00	12,00
PERSONALE INFERMIERISTICO	53,00	6,00	6,00	8,50	13,00	17,00	21,50	26,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	60,00	6,00	6,00	10,00	14,50	19,50	24,50	29,00
<b>Totale complessivo</b>			<b>14,63</b>	<b>23,29</b>	<b>34,50</b>	<b>46,13</b>	<b>57,79</b>	<b>69,00</b>

Si precisa che fino a 60 p.l. è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (24 ore a 20 p.l., 30 ore a 40 p.l., 38 ore a 60 p.l.), oltre i 60 p.l. un medico tempo pieno (38 ore) più un medico a tempo definito ad impegno crescente in funzione del numero dei posti letto (24 ore per 80 p.l., 30 ore per 100 p.l.). A 120 p.l. sono previsti due medici a tempo pieno di cui uno responsabile.

#### 4.1.1.5 Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento "RSA - B"

##### 4.1.1.5.1 Requisiti organizzativi

Oltre ai requisiti previsti al punto 4.1.1.c, sono garantite:

- Assistenza medica dedicata: 80 minuti/die per nucleo
- Presenza infermieristica a copertura delle 8H nel nucleo e 24H nella struttura
- Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione) > 100 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 20 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi di mobilitazione e di cura della persona accompagnati da interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio delle condizioni cliniche in relazione allo stato delle patologie di base, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

A titolo esemplificativo si riporta una tabella con indicato il personale minimo dedicato all'assistenza in rapporto al numero dei posti letto.

	min die persona	pers minimo	POSTI LETTO					
			20	40	60	80	100	120
MEDICO			0,5	0,6	0,8	1,0	1,0	1,0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	20,00	1,00	1,0	2,0	3,0	4,0	5,0	6,0
PERSONALE INFERMIERISTICO	30,00	6,00	6,0	6,0	7,5	10,0	12,0	14,5
OPERATORE SOCIO SANITARIO	60,00	6,00	6,0	10,0	14,5	19,5	24,5	29,0
<b>Totale complessivo</b>			<b>13,5</b>	<b>18,6</b>	<b>25,8</b>	<b>34,5</b>	<b>42,5</b>	<b>50,5</b>

Si precisa che fino a 60 p.l. è prevista la presenza della figura del medico responsabile a tempo definito (18 ore a 20 p.l., 24 ore a 40 p.l., 30 ore a 60 p.l.), oltre i 60 p.l. un medico full time (38 ore).

Ad ottimizzazione delle risorse in strutture plurinucleo di livello prestazionale Mantenimento B che non prevedono la presenza infermieristica notturna nel nucleo, l'infermiere del turno notturno del nucleo Mantenimento A può svolgere anche la funzione di guardia infermieristica notturna se la struttura non ha una recettività superiore ai 60 p.l..

#### **4.1.2 Strutture di assistenza semiresidenziale**

Le attività in regime semiresidenziale dirette a persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti possono essere esercitate:

- all'interno di strutture esclusivamente dedicate ad attività in regime semiresidenziale, con capacità ricettiva massima di 30 pazienti;
- all'interno di strutture di tipo residenziale, secondo una percentuale compresa tra il 10 e il 20% della capacità ricettiva complessiva (totale posti letto) della struttura medesima.

Le attività in regime semiresidenziale si articolano in un livello prestazionale di mantenimento rivolto all'area della non autosufficienza e della fragilità in genere e in un livello prestazionale estensivo per persone con disturbi cognitivo comportamentali gravi legati alle sindromi demenziali.

##### **4.1.2.a Requisiti strutturali**

Devono essere previsti:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O.
- Locale attività pedagogico-educativa, occupazionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale spogliatoio guardaroba.
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.

Qualora nella struttura non venga svolta anche altra attività assistenziale in forma residenziale e/o ambulatoriale, devono essere previsti:

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe;
- spogliatoi del personale;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco.

##### **4.1.2.b Requisiti tecnologici**

Per ogni struttura almeno un ambulatorio è attrezzato con un carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo.

Devono essere disponibili i farmaci per il trattamento delle urgenze (adrenalina, cortisonici, antistaminici, diuretici, antiipertensivi, anticonvulsivanti, broncodilatatori, cardiocinetici).

Devono, inoltre, essere presenti attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa.

Presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, scala svedese, cyclette, pedaliera, apparecchiature per magnetoterapia – elettrostimolazione - ionoforesi);
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.);
- materiali e strumenti per l'attività ricreativa e di socializzazione.

Sono presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

#### **4.1.2.c Requisiti organizzativi**

La durata di permanenza presso la struttura di ciascun ospite non può essere inferiore a 6 ore, comprensive della colazione e del pasto.

Il personale di assistenza dovrà essere commisurato ai livelli prestazionali dei nuclei della Struttura con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali.

Con riferimento al punto 4.1.1.c è istituito il Comitato di partecipazione.

#### **4.1.2.1 Nucleo estensivo per disturbi cognitivo-comportamentali gravi**

La Regione si riserva di emanare uno specifico provvedimento per la definizione dei requisiti.

#### **4.1.2.2 Nucleo di mantenimento - RSA**

##### **4.1.2.2.1 Organizzativi**

Oltre ai requisiti previsti al punto 4.1.2.c, è garantita per la tipologia semiresidenziale di mantenimento (regime semiresidenziale dedicato a persone con malattie cronico-degenerative in fase di ampia stabilizzazione ma con forte perdita dell'autonomia fisica) un'assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, animatore, terapeuta occupazionale) > 50 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi a ciclo diurno di mobilizzazione e di cura della persona accompagnati da interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio delle condizioni cliniche in relazione allo stato delle patologie di base, connota il numero e la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Sono presenti le seguenti figure professionali:

- a) OTA/OSS 1 ogni 5 posti. La presenza di tali figure deve essere adeguata in base alle esigenze individuali evidenziate nel piano individuale di assistenza (PAI). In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali: mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;

- b) Educatore Professionale/Terapista occupazionale nel rapporto minimo di 15 ore settimanali ogni 15–20 posti; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
- c) un infermiere coordinatore con la responsabilità delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 posti, eventualmente ridotto in modo proporzionale. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
- d) un infermiere nel rapporto minimo di 6 ore settimanali per 15-20 posti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici. In aggiunta è prevista la presenza programmata dell'infermiere per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
- e) un fisioterapista per assicurare la consulenza agli OSS e la valutazione della necessità di interventi di riattivazione e mantenimento nel caso in cui tale esigenza venga individuata in sede di definizione del PAI. In aggiunta è prevista la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti.

**LEGENDA CORRISPONDENZE**

**Corrispondenze tra le tipologie di trattamento e di nuclei assistenziali definiti dal DPCA U00039/2012 ed i livelli prestazionali previsti dal DPCA 00008/2011 e dalla precedente normativa regionale**

<b>Livello assist. Regolamento regionale 1/1994</b>	<b>Livello prest. DPCA U0008/2011</b>	<b>Denominazione nucleo assist. DPCA U0039/2012</b>	<b>Tipologia di trattamento DPCA U0039/2012</b>
	<b>R1</b>	<b>Nucleo di assistenza residenziale intensiva</b>	<b>Intensivo</b>
<b>ALTO (III)</b>	<b>R2 - R2D</b>	<b>Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento A</b>	<b>Mantenimento - RSA</b>
<b>MEDIO (II)* - BASSO (I)</b>	<b>R3</b>	<b>Nucleo di assistenza residenziale di mantenimento B</b>	
	<b>SR</b>	<b>Nucleo di assistenza semiresidenziale di mantenimento</b>	

\* fatta salva l'analisi del case mix storico

La tipologia di trattamento estensivo, introdotta con il DPCA n. U0039/2012, sarà disciplinata con successivo provvedimento regionale.