

DECRETO N. 000105/2013

**OGGETTO:** Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n.U0008/2011. Approvazione documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane.

## II 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;

DATO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

DATO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Dr. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato 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;

DATO ATTO, altresì, che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 il Dr. Gianni Giorgi è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, unitamente al Dr. 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;

VISTO il DPCA n. U00099 del 15.06.2012 concernente: "Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. 0008/2011. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi";

ATTESO che il DPCA n. U00099/2012 ha stabilito di rinviare a successivo provvedimento la definizione dei requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per le persone non autosufficienti, anche anziane, introdotta con il decreto U0039/2012 e che non trovava corrispondenza con il citato 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

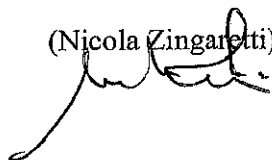
per le motivazioni descritte in premessa, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

di approvare il Documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per le persone non autosufficienti, anche anziane.

Il Documento è stato elaborato dalla competente struttura regionale con il supporto tecnico di Laziosanità-ASP, allegato n. 1 del presente provvedimento del quale costituisce parte integrante.

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

(Nicola Zingaretti)



**Allegato 1**

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

**REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA'  
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE**

per

Tipologia  
**Trattamento estensivo**  
(definita dal DPCA n. U0039/2012)



## INDICE

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

4.1.1.2.a Requisiti strutturali

4.1.1.2.b Requisiti tecnologici

4.1.1.2.c Requisiti organizzativi

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

4.1.1.3.a Requisiti strutturali

4.1.1.3.b Requisiti tecnologici

4.1.1.3.c Requisiti organizzativi

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

4.1.2.1.a Requisiti organizzativi



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

I destinatari di questa tipologia assistenziale sono identificabili come segue:

- provenienti dall’Emergenza/Pronto Soccorso, per i quali il ricovero in acuzie potrebbe essere inappropriato;
- provenienti da strutture per acuti che, pur non richiedendo un intervento assistenziale intensivo, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- provenienti da strutture per postacuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva e che non possono ancora rientrare al proprio domicilio;
- provenienti dal proprio domicilio che richiedono un’assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall’assistenza domiciliare.

##### **4.1.1.2.a Requisiti strutturali**

Data la peculiarità dei pazienti ospitati, per i quali si prevede un elevato turn-over, e dei livelli di assistenza da garantire, sono previsti nuclei come da punto 4.1.1, vengono assunti, oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.a del provvedimento sopraccitato, i seguenti:

- le camere ospitano al massimo 2 posti residenza;
- almeno due posti dotati di monitoraggio delle funzioni vitali;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo.

##### **4.1.1.2.b Requisiti tecnologici**

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

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- un pesapersone per disabili;

##### **4.1.1.2.c Requisiti organizzativi**

L’attività di assistenza è caratterizzata da <sup>1</sup>:

- cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza. Tali cure devono essere comprensive della preparazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti alla non auto-sufficienza, utili al ritorno nel contesto domestico, sia per le persone anziane sia per le persone fragili di ogni età;
- cure della vulnerabilità dei fragili e degli anziani non autosufficienti intese quali proseguimento della presa in cura, oltre il ricovero ospedaliero, dopo fasi di riacutizzazione di malattie croniche con elevato rischio di instabilità; oppure, nel caso di necessità, sono da intendersi anche come mantenimento di terapie multiple o complesse, dopo l’inquadramento diagnostico in ospedali per acuti, con l’obiettivo di condurre le condizioni cliniche e funzionali a bisogni assistenziali erogabili al domicilio o supportabili da lungodegenza domiciliare o residenziale in regime sociosanitario;

<sup>1</sup> Indicazioni tratte da Monitor Anno X numero 27/2011: Focus on “La proposta Agenas alle Regioni soggette al Piano di rientro”.



- osservazione prolungata, dopo la stabilizzazione di stati critici e terapie intensive, con prosecuzione di cure e assistenza medico infermieristica adeguata alla cronicizzazione di gravi alterazioni dello stato di coscienza, per il tempo necessario alla definizione diagnostica e adeguata alla organizzazione dell'ulteriore proseguimento dell'assistenza in ambito residenziale intensivo;
- cure temporanee dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave non-autosufficienza comportante un ricovero in acuzie per il prolungamento dell'assistenza in ambito residenziale, al fine di favorire il miglioramento delle condizioni clinico assistenziali e della qualità di vita in attesa della predisposizione dell'assistenza domiciliare o della progettazione di assistenza residenziale a lungo termine.

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.

Sono garantite:

- a) La presenza del medico nella struttura a copertura delle 24h.
- b) L'assistenza medica dedicata per persona quantificata in 15 minuti/die.
- c) La presenza infermieristica nel nucleo a copertura delle 24h.
- d) L'assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 180 minuti/die persona (valore medio) di cui l'assistenza infermieristica dedicata > 60 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 la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato del fisiatra, geriatra/medico internista.

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

Dovranno infine essere disponibili protocolli di valutazione delle più comuni disfunzioni sfinteriche e urinarie, del compenso emodinamico e controllo dei valori tensivi, delle condizioni respiratorie.

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

I destinatari di questa tipologia assistenziale sono identificabili come segue:

- provenienti da strutture per acuti i quali, pur non richiedendo un intervento assistenziale intensivo, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- provenienti da strutture residenziali di mantenimento necessitanti di un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito in quello specifico ambito;
- provenienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare.

##### **4.1.1.3.a Requisiti strutturali**

Data la peculiarità dei pazienti ospitati, per i quali si prevede un elevato turn-over, e dei livelli di assistenza da garantire sono previsti nuclei come da punto 4.1.1 e vengono assunti oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.a i seguenti:

- le camere ospitano al massimo 2 posti residenza;
- almeno due posti letto dotati di monitoraggio delle funzioni vitali;
- una sala medicazione, attrezzata anche per la piccola chirurgia, dotata di scialitica e stativo.



#### 4.1.1.3.b Requisiti tecnologici

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

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- un pesapersone per disabili;
- 

#### 4.1.1.3.c Requisiti organizzativi

L'attività di assistenza è caratterizzata da <sup>2</sup>:

- cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza in persone affette da disturbi cognitivo comportamentali gravi. Tali cure devono essere comprensive della preparazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti alla non auto-sufficienza, utili al ritorno nel contesto domestico;
- cure del Delirium, frequentemente incidente nei fragili durante il ricovero ospedaliero in area medica e chirurgica, e cure di disturbi comportamentali e psicotici per completare le terapie di fasi acute di malattie intercorrenti a malattie di Alzheimer o Sindromi correlate, o per offrire ai pazienti affetti da queste malattie un approccio estensivo rieducativo funzionale e riabilitativo, adatto alle limitazioni relazionali e favorito dall'organizzazione ambientale, alberghiera ed assistenziale propria della struttura a valenza residenziale;

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.

Sono garantite:

- a) La presenza del medico nella struttura a copertura delle 24h.
- b) L'assistenza medica dedicata per persona è quantificata in 15 minuti/die.
- c) La presenza infermieristica nel nucleo a copertura delle 24h.
- d) L'assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 190 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 riabilitativi, di terapia cognitiva e tutelari, connota la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato del geriatra, neurologo e psichiatra con specifica competenza nel campo delle demenze.

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

Dovranno infine essere disponibili protocolli di valutazione delle più comuni disfunzioni sfinteriche e urinarie, del compenso emodinamico e controllo dei valori tensivi, delle condizioni respiratorie.

---

<sup>2</sup> Indicazioni tratte da Monitor Anno X numero 27/2011: Focus on "La proposta Agenas alle Regioni soggette al Piano di rientro".



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

##### **4.1.2.1.a Requisiti organizzativi**

Oltre ai requisiti previsti al punto 4.1.2.c, è garantita per la tipologia semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi un'assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, animatore, terapeuta occupazionale) > 80 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi riabilitativi e tutelari a ciclo diurno, oltre al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche e di cura della persona, connota la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Sono presenti le seguenti figure professionali:

- a) OTA/OSS 1 ogni 3 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 18 ore settimanali ogni 15–20 posti, con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccoli gruppi finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento; 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 4 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;
- f) medico specialista (geriatra o neurologo) per almeno 4 ore settimanali.

