

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
.....

11 MAG. 1999

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

ADDI' 11 MAG. 1999

NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.
..... OMISSIS

ASSENTI: CIOFFARELLI - DONATO - META - MARRONI

DELIBERAZIONE N°

2517

OGGETTO: Approvazione del progetto sperimentale per l'istituzione di una struttura dedicata ai malati di Alzheimer, presso la casa di cura "Villa Grazia".



Oggetto: Approvazione del progetto sperimentale per l'istituzione di una struttura dedicata ai per malati di Alzheimer, presso la casa di cura "Villa Grazia".

LA GIUNTA REGIONALE

SU proposta dell'Assessore alla Salvaguardia e cura della salute;

VISTO il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la propria deliberazione del 12.06.98 n. 2446 concernente "Attività e servizi assistenziali in fase sperimentale a favore di particolari categorie di utenza", con la quale la Giunta regionale ha dato mandato all'Assessore alla salvaguardia e cura della salute di attivare tutte le iniziative ritenute opportune ai fini della definizione di specifici protocolli innovativi dal punto di vista organizzativo che, oltre a soddisfare i rappresentati bisogni sanitari, possono costituire esperienze pilota di nuovi modelli assistenziali di riferimento;

CONSIDERATO che detto provvedimento individua sia le strutture presso cui attivare i progetti sperimentali sopra richiamati sia le istituzioni preposte alla progettazione, coordinamento e sorveglianza delle attività assistenziali previste;

CONSIDERATO che la relazione del Parlamento Europeo del 26.02.1996 sul morbo di alzheimer e sulla prevenzione delle turbe della funzione cognitiva considera tali affezioni a norma dell'articolo 129 del Trattato dell'Unione "grande flagello", evidenziando l'importanza del problema sanitario della patologia, dementigena e promuovendo la realizzazione di specifici interventi per l'assistenza ed il miglioramento della qualità della vita dei pazienti;

RITENUTO che il processo di invecchiamento della popolazione è destinato a protrarsi nel prossimo futuro e, secondo le previsioni elaborate dall'ISTAT, nel 2020 il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni;

RITENUTO altresì che i malati di Alzheimer costituiscono già una popolazione di circa 600.000 soggetti (di cui almeno 15.000 nella sola area romana) particolarmente esposti a condizioni di deterioramento della qualità della vita per se stessi e per i familiari sui quali ricade gran parte del peso assistenziale;

CONSIDERATO che evidenze scientifiche internazionali e specifiche ricerche condotte dall'AIMA (Associazione Italiana malattia di Alzheimer) indicano per tale tipologia di malati inappropriato il ricorso al ricovero nosocomiale, in quanto l'ospedalizzazione tradizionale

determina maggiori costi per il sistema sanitario ed effetti negativi sul decorso naturale della malattia;

RITENUTO che, nelle more della emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento che dovrà fissare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria a favore delle persone affette dalla malattia di Alzheimer, sia necessario, in relazione alle verificate esigenze nel settore, avviare la sperimentazione di un modello assistenziale innovativo sul piano organizzativo e metodologico, realizzato in un contesto dimensionale e strutturale specifico;

PRESO ATTO della nota - fax del 20 aprile 1998 dell'AIMA con la quale si chiede di poter avviare una sperimentazione specificatamente dedicata ai malati di Alzheimer presso strutture private di ricovero, anche in relazione alla peculiarità dell'approccio assistenziale necessario a favore di tali persone;

PRESO ATTO altresì della nota del 2 luglio 1998 dell'Azienda UsI Roma C in merito alla collaborazione del personale del Day-Hospital geriatrico dell'ospedale S. Eugenio a favore dell'iniziativa di che trattasi;

RITENUTO che detto servizio si colloca nell'ambito del sistema sanitario con una contestuale offerta di assistenza in regime di ricovero e di assistenza domiciliare valorizzando la modalità della presa in carico della persona e responsabilizzazione delle cure in relazione al piano di intervento individuale;

PRESO ATTO della dichiarata disponibilità della casa di cura Villa Grazia sita in Roma, via Francesco Cherubini 26, ad aderire alla sperimentazione concordando le specifiche modalità da individuare a livello regionale;

VISTA la nota dell'Assessore alla Salvaguardia e cura della salute dell'8.10.1998 prot. 2134 sett. 53/I con la quale, anche in relazione a quanto concordato negli incontri promossi presso l'Assessorato, il rappresentante legale della casa di cura ed il direttore del dipartimento tutela della salute dell'anziano dell'azienda UsI Roma C, venivano invitati a presentare uno specifico e particolareggiato progetto, finalizzato ad attivare il servizio in questione, comprensivo degli aspetti valutativi, organizzativi e operativi, nonché degli strumenti di sorveglianza della sperimentazione;

VISTO il progetto sperimentale per l'istituzione di una struttura dedicata all'assistenza ai malati di Alzheimer o di altro tipo di demenza, concordato tra dipartimento tutela della salute dell'anziano dell'AUSL Roma C, associazione italiana malati di Alzheimer, casa di cura Villa Grazia e Azienda UsI Roma E nel cui territorio la struttura è ubicata;

- RITENUTO che il sistema individuato, riferito ai criteri di ammissione, ai protocolli di trattamento ed alla verifica dei risultati, costituisce elemento di garanzia per la scientificità e la qualità degli interventi erogati, per la necessaria continuità assistenziale da assicurare tra l'ospedale e il domicilio, per la formazione continua del personale impiegato e per i rapporti con le associazioni di volontariato;
- RITENUTO quindi di poter approvare il progetto sperimentale di cui sopra, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, in quanto rappresenta uno strumento valido ai fini dell'avvio della sperimentazione del servizio in questione, di durata triennale;
- RITENUTO di dover rinviare gli aspetti economici e tariffari connessi alla sperimentazione ad un successivo provvedimento, sentita anche l'Azienda UsI RME, competente per territorio;
- RITENUTO altresì, anche in relazione a quanto concordato con l'azienda UsI RM E e la casa di cura, che l'attivazione della sperimentazione dovrà avvenire con gradualità, in considerazione della necessità di garantire comunque agli attuali ricoverati la continuità assistenziale ovvero di promuovere soluzioni alternative e che pertanto verrà utilizzata a tal fine la recettività disponibile;
- VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

all'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni di cui in premessa, che integralmente si richiamano;

1. di approvare il progetto sperimentale di durata triennale - che costituisce parte integrante della presente deliberazione - per l'istituzione di una struttura residenziale di assistenza ai malati di Alzheimer o di altro tipo di demenza tra dipartimento tutela della salute dell'anziano dell'AUSL Roma C, associazione italiana malati di Alzheimer e casa di cura Villa Grazia (AUSL Roma E);
2. di rinviare gli aspetti economici e tariffari connessi alla sperimentazione ad un successivo provvedimento, sentita anche l'Azienda UsI RME competente per territorio.

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della legge 127 del 15 maggio 1997, articolo 17 comma 32.

IL PRESIDENTE: Fl. PIETRO BADALONI

IL SEGRETARIO: Fl. Emil. Severio GUCCIONE



18 MAG. 1999

ALLEG. alla DELIB. N. 2517
DEL 1.1. MAG. 1999

cur

PROGETTO

“VILLA GRAZIA - ALZHEIMER”



Casa di Cura "VILLA GRAZIA" Via Francesco Cherubini, 26 00135 ROMA
Dipartimento Tutela della Salute dell'Anziano - AUSL RM C
Dipartimento Med. Base-Residenzialità- Tutela della Salute dell'Anziano - AUSL RM E
Associazione Italiana Malati di Alzheimer - AIMA

H *M*

PREMESSA

Il processo di invecchiamento della popolazione è destinato a protrarsi nel prossimo futuro; secondo le previsioni elaborate dall'ISTAT nel 2020 il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni.

Una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche e disabilità, tra essi i malati di Alzheimer costituiscono una popolazione rilevante e particolarmente esposta a condizioni di deterioramento della qualità della vita per se stessi e per i familiari sui quali ricade gran parte del peso assistenziale.

La relazione sul morbo di Alzheimer e sulla prevenzione delle turbe della funzione cognitiva degli anziani del Parlamento Europeo de 26.2.1996, in cui si è inteso considerare la malattia di Alzheimer e le sindromi correlate grande flagello a norma dell'art.129 del Trattato dell'Unione, promuove la creazione ed il sostegno di una rete di servizi specificatamente dedicati.

I dati epidemiologici indicano l'entità del fenomeno nell'ordine di 600.000 casi in Italia, come citato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, di cui oltre 15.000 in ambito romano, in tale contesto, rilevata la carenza di strutture dedicate al trattamento dei soggetti affetti da malattia di Alzheimer, emerge la opportunità del presente progetto che si inserisce nel più ampio obiettivo, già in fieri, di creare una rete integrata di assistenza ai malati di Alzheimer della città di Roma, nonché di sperimentare un modello innovativo per la Regione Lazio.

Sia nella letteratura internazionale che nell'esperienza italiana, anche attraverso una ricerca dell'Associazione Italiana Malati di Alzheimer (AIMA), è stato evidenziato il ricovero ospedaliero tradizionale non fornisce adeguate risposte a tale tipologia di malati, ma anzi provoca un peggioramento del decorso naturale della stessa.

E' noto che l'organizzazione stessa del lavoro negli Ospedali per acuti impone dei ritmi, degli orari, delle regole che trovano la loro giustificazione solo nel presupposto di un soggiorno breve, scomodo, ma accettabile nella misura in cui si riesce a realizzare una sollecita dimissione con il superamento dei problemi che hanno causato il ricovero.

Il malato di Alzheimer, non solo non trae dal ricovero il beneficio che compensi il disagio, ma finisce anche involontariamente con "l'intralciare" l'attività per i pazienti acuti.

E' necessario invece offrire a queste persone un servizio a propria misura, rispondente alle esigenze assistenziali rilevate, promuovendo il coinvolgimento della famiglia opportunamente sostenuta.

In rapporto alle fasi della malattia ed alle caratteristiche dell'assistenza richieste possono essere programmate diverse modalità di intervento :

- assistenza in regime di ricovero
- assistenza domiciliare

Questi due momenti realizzano il concetto della continuità assistenziale attraverso la presa in carico della persona ed adeguando la qualità e la quantità delle prestazioni offerte alle variabili esigenze dei singoli malati.



Il Progetto vede coinvolti, ciascuna per le specifiche funzioni, che verranno di seguito evidenziate:

- ◆ la casa di cura Villa Grazia
- ◆ l'azienda USL RMC con il Dipartimento Tutela della Salute dell'Anziano nel cui polo ospedaliero è attivo presso il Day Hospital Geriatrico un centro per i malati di Alzheimer;
- ◆ l'azienda USL RM E nel cui territorio insiste la casa di cura Villa Grazia;
- ◆ l'Associazione Italiana Malati di Alzheimer (AIMA).

FINALITA'

La realizzazione, presso la casa di cura "Villa Grazia", accreditata ai sensi della L. 724/94, di una struttura specificatamente dedicata al trattamento di persone affette da malattia di Alzheimer e da sindromi correlate, inserita in una rete di servizi in grado di offrire risposte differenziate a seconda dello stadio della malattia e del livello del bisogno, nonché residenzialità nei momenti di emergenza con l'obiettivo di:

1. migliorare la qualità della vita del paziente e della famiglia;
2. evitare e/ o ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione permanente.

OBIETTIVI ASSISTENZIALI

- 1) offrire un'assistenza mirata al trattamento del deficit cognitivo, dei disturbi psichici e delle alterazioni comportamentali con programmi terapeutici articolati in fasi residenziali e domiciliari;
- 2) evitare il ricovero ospedaliero in reparti per acuti che danneggia tali malati aumentandone il disorientamento e provocando spesso scompensi di tipo funzionale;
- 3) fornire "letti di respiro", a ragionevole turn over, per i momenti di crisi del malato e/o della famiglia;
- 4) curare i disturbi comportamentali legati alla storia naturale della malattia o insorti per problemi ambientali;
- 5) curare gli episodi di acuzie legati alla comorbidità;
- 6) diminuire lo stress dei familiari anche con interventi di sostegno psicologico.

MODALITA' DI INTERVENTO

La modalità principale di intervento consiste nella presa in carico del malato e della sua famiglia da realizzare attraverso:

- a) valutazione dei bisogni globali della persona;
- b) elaborazione di un programma personalizzato di cure orientato a migliorare la qualità della vita;
- c) elaborazione di un percorso assistenziale flessibile in rapporto alla fase della malattia comprendente sia il ricovero programmato sia l'assistenza domiciliare;
- d) attuazione del programma terapeutico che abbia come presupposto l'instaurazione di una reale comunicazione tra operatori, malato e famiglia;
- e) attuazione concreta del lavoro in équipe multidisciplinare.



ORGANIZZAZIONE

La casa di cura Villa Grazia procederà alla riqualificazione della propria attività di ricovero e dei propri servizi sviluppando ai sensi e per gli effetti dell'art.11 comma 1 della legge regionale 55/93 una struttura sanitaria polivalente con l'obiettivo di fornire uno specifico approccio clinico ed assistenziale ai soggetti in questione articolata funzionalmente nelle seguenti aree di intervento:

- area di degenza costituita da un numero di posti letto da 35 a 40 riservati a pazienti psicogeriatrici che necessitano di assistenza medica continuativa, trattamenti terapeutici specifici, ivi compresi i cosiddetti "letti di respiro" e quelli ad impronta prevalentemente riabilitativa;
- area specialistica ambulatoriale comprendente visite specialistiche (neuropsichiatriche e neuropsicologiche), di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- assistenza domiciliare attraverso interventi domiciliari realizzati dalla équipe che ha in carico il malato per garantire la continuità assistenziale.

CRITERI DI ACCESSO

Pazienti affetti da deterioramento dementigeno e sindromi correlate, in qualsiasi stadio della malattia, che presentino una o più delle seguenti condizioni:

- 1) scompenso funzionale legato alla evoluzione della storia naturale della malattia (agitazione psicomotoria, in particolare ed altri disturbi gravi del comportamento);
- 2) scompenso legato ad una comorbidità ad insorgenza acuta: scompensi metabolici, disidratazione, episodi infettivi acuti) compatibilmente con le risorse assistenziali di cui la casa di cura è dotata;
- 3) scompenso di tipo socio familiare, legato a momenti di crisi del contesto ambientale, che rendono problematica la gestione del paziente al proprio domicilio, che comunque rimane sempre la sede elettiva delle cure.

VALUTAZIONE DI ACCESSO

La valutazione dell'accesso è demandata ad una apposita Unità Valutativa composta da operatori della UVG ospedaliera del S. Eugenio (AUSL Roma C), del Dipartimento Tutela Salute Anziano della AUSL RM E e della struttura erogatrice delle prestazioni.

La predetta Unità Valutativa verifica l'ammissibilità dei malati al trattamento residenziale presso la casa di cura, ove si costituirà un elenco dei soggetti considerati idonei, ed elabora il piano di trattamento personalizzato, mirato anche a contenere la durata della degenza nello stretto limite indispensabile.

I compiti della Unità Valutativa sono pertanto quelli di :

- a) valutare la richiesta di ammissione ;
- b) programmare l'intervento più appropriato in rapporto alla fase della malattia .



MODALITA' DI ACCESSO

Fermi i principi della volontarietà del ricovero e del libero accesso alla degenza presso la Casa di Cura accedono, di norma, i pazienti provenienti dalle unità operative ospedaliere e territoriali della Regione Lazio, con particolare attenzione ai soggetti residenti nel territorio dell'Azienda USL RM E.

La casa di cura accoglie il soggetto, dichiarato ammissibile dalla Unità Valutativa, in osservazione e trattamento, sulla base del programma di intervento concordato ed assume in carico il paziente attivando l'erogazione delle prestazioni necessarie.

Il ricovero non dovrà superare, di norma, i 60 giorni; al fine del periodo di ricovero potrà essere attivato un programma di dimissione protetta attraverso l'assistenza domiciliare, e solo in caso di accertata impossibilità di reinserimento familiare, il paziente potrà essere indirizzato ad altra idonea struttura residenziale.

Le richieste di ricovero, contemporanee e non contemporaneamente soddisfacibili, saranno evase assumendo come vincolanti i criteri dell'urgenza e del rischio di non trattamento secondo il giudizio del Medico della Casa di Cura responsabile del ricovero stesso. Di ciò verrà data immediata comunicazione ai componenti della Unità Valutativa che vigilano sulla corretta osservanza dell'elenco di attesa, nonché agli interessati.

La gestione di eventuali reingressi, quali ad esempio quelli successivi a trasferimenti per patologie intercorrenti ovvero per urgenze in soggetti già in carico sarà operata direttamente dal personale medico della casa di cura, trattandosi di pazienti già valutati dalla U.V. a cui comunque verrà data comunicazione.

Ai trattamenti domiciliari possono accedere i pazienti affetti dalle patologie di competenza anche in alternativa al ricovero, previa valutazione da parte della équipe preposta e la presa in carico del soggetto.

STRUMENTI OPERATIVI

Per l'attività valutativa e terapeutica sono previsti specifici strumenti e protocolli operativi concordati con il DTSA della azienda USL RM E, e con il DTSA dell'azienda USL RM C al fine di assicurare una omogeneità di trattamento come di seguito indicato:

- per la stadiazione della demenza
- per la valutazione della comorbilità
- per la valutazione funzionale

Clinical Dementia Rating (CDR);
Cumulative Illness Rating Scale (CIRS);

IADL (Instrument Activities of Daily Living)
ADI (Activities of daily living)
Physical performance test (PTT)
Indice di deambulazione
Scala Tinetti

- per la valutazione dei disturbi comportamentali NeuroPsychiatric Inventory (NPI);



[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

I servizi generali sono assicurati anche attraverso contratti con ditte esterne.

Parteciperanno inoltre alle attività assistenziali anche i volontari opportunamente addestrati, con le competenze definite nei piani individuali.

L'organizzazione del lavoro dovrà prevedere:

- a) riunioni periodiche di tutti i membri dell'équipe;
- b) la valutazione multidimensionale del paziente attraverso gli strumenti valutativi indicati;
- c) la realizzazione del piano di intervento;
- d) la rivalutazione periodica del piano;
- e) la formazione permanente del personale;
- f) un rapporto positivo con la famiglia ed il volontariato.

RUOLO DELL' ASSOCIAZIONE ITALIANA MALATI DI ALZHEIMER

L' AIMA :

- segnala i casi che rientrano nella tipologia descritta, rendendosi disponibile per l'accoglienza e la ricezione dei bisogni ;
- supporta, al momento della dimissione del malato, orientando la famiglia nella scelta dell'assistenza domiciliare ;
- all'interno del progetto, concorre al perseguimento di obiettivi di qualità, anche tramite la partecipazione dei propri volontari, alla verifica della qualità stessa assieme alla Casa di cura, ai DDSSTAA delle aziende e alla Regione Lazio.

CARATTERISTICHE , STRUTTURALI

Nelle more della definizione di specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi del servizio di che trattasi appare opportuno, comunque, garantire nell'ambito della struttura le condizioni igienico-sanitarie e di tutela dei lavoratori previste dalla normativa vigente.

In ogni caso, sulla base delle considerazioni assistenziali di cui sopra si ritiene che la struttura debba possedere i seguenti requisiti strutturali generali :

- adeguata dotazione di camere a più letti e singole (con eventuale disponibilità in queste di letto aggiuntivo per consentire l'assistenza di un familiare) ;
- servizi igienici annessi alle singole camere ;
- presenza all'interno del nucleo di degenza di sala medica ed infermieristica, oltre al bagno assistito ed al locale per il personale di assistenza con i servizi igienici annessi ;
- presenza nel nucleo stesso di idonei locali per la localizzazione delle attrezzature sanitarie oltre al locale per il deposito della biancheria sporca ed la conservazione della biancheria pulita ;
- cucina attrezzata ;
- spazi di soggiorno e pranzo dimensionati anche per la presenza dei familiari,
- eventuali locali per terapie particolari e/o per il supporto psicologico di familiari ;



ls

Paol

z

- servizi collettivi : ingresso, uffici amministrativi, servizi igienici etc. ;
- servizi generali ed ausiliari comprendenti : deposito materiale igienico sanitario, servizio mortuario, cucina-dispensa, spogliatoio personale con WC, magazzini, locali di deposito per gli ospiti, lavanderia .

Lo spazio architettonico costituisce parte integrante del progetto riabilitativo e pertanto è necessario prevedere elementi di adattamento alle caratteristiche dei ricoverati sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista dell'espressività specifica delle malattie dementi.

Assume rilievo anche la flessibilità degli spazi con particolare riferimento agli ambienti comuni, allo stesso modo gli arredi dovranno assicurare funzionalità, sicurezza e praticità di gestione.

CAPACITA' RECETTIVA STRUTTURA GENERALE INTERNA E DOTAZIONI TECNOLOGICHE

La casa di cura ha una capacità recettiva di 35 - 40 posti letti distribuiti in 20 stanze di degenza a 1-2-3 letti con servizi igienici annessi alle camere.

La stessa è rispondente ai requisiti previsti dalla normativa vigente sulle case di cura private e dispone di tutte le attrezzature necessarie ad un corretto monitoraggio delle condizioni del paziente, in modo da poter identificare sollecitamente quelle situazioni che richiedono una modifica dei trattamenti in atto, ovvero quelle situazioni che rendano necessario il trasferimento del paziente in un Istituto di cura per acuti .

PROGRAMMAZIONE e TEMPI DI ATTUAZIONE

Per la realizzazione del progetto sperimentale in questione sono previsti tre anni e si deve puntare nella prima fase soprattutto a:

- modificare e qualificare il modello organizzativo, orientandolo verso la nuova "missione" ;
- qualificare l'attività assistenziale valorizzando l'aspetto valutativo, la pianificazione dell'intervento, il monitoraggio delle condizioni dei pazienti;
- promuovere il coinvolgimento responsabile dei familiari nel progetto di cura attivando un sostegno anche di tipo psicologico;
- favorire piani di lavoro basati sulla interdisciplinarietà degli interventi, sulla valutazione continua dei risultati, sulla integrazione operativa delle istituzioni e degli organismi coinvolti;
- promuovere la cultura della presa in carico della persona offrendo le risposte assistenziali in termini di domiciliarità e di residenzialità in rapporto alle rilevate esigenze;
- sostenere gli operatori in servizio con interventi di formazione permanente volti a rafforzare gli stessi dal punto di vista professionale e psicologico;
- sviluppare un raccordo sistematico con l'associazione AIMA quale qualificato supporto nelle varie fasi di sviluppo dell'intervento;
- fornire elementi utili alla definizione di eventuali specifici requisiti strutturali funzionali al servizio in questione.



la

S

Della

La programmata riqualificazione delle struttura deve avere carattere di gradualità rispetto:

- alla definizione delle modalità di integrazione tra operatori della struttura interessata e quelli delle aziende USL RME ed RMC per l'attivazione dell'Unità Valutativa in riferimento alla particolare patologia delle persone oggetto dell'intervento assistenziale;
- alla adozione degli strumenti di verifica dei piani di intervento e dei percorsi assistenziali programmati a favore delle persone che utilizzano il servizio;
- alla preparazione e formazione degli operatori già in servizio al nuovo approccio assistenziale;
- alla acquisizione, da parte della struttura in questione, delle eventuali professionalità specifiche ed aggiuntive a quelle già disponibili, necessaria in relazione ai nuovi compiti.

In riferimento all'impegno assunto dalla casa di cura di garantire la permanenza presso la struttura degli attuali ricoverati, che risultano in buona parte di competenza psichiatrica, durante il primo anno di attuazione del presente progetto, l'azienda RME, in collaborazione con la casa di cura e d'intesa con le aziende di residenza degli stessi, dovrà provvedere ad individuare idonee soluzioni assistenziali alternative. Nelle more potranno essere utilizzati per la nuova funzione i posti letti che si renderanno via via disponibili.

ASPETTI ECONOMICI

Nelle more della definizione della remunerazione delle attività per aree di intervento, che dovrà avvenire in tempi brevi ed in ogni caso risulta essere pregiudiziale all'avvio della sperimentazione, per quanto riguarda le prestazioni in regime di ricovero, in relazione agli oneri derivanti oltre che dalla gestione del nuovo servizio anche dall'impegno alla riqualificazione del personale, si ritiene che la proposta della casa di cura che prevede una tariffa giornaliera equivalente ai codici 012 e 017 all.1 colonna D del D.M. 30.6.1997 debba costituire idoneo riferimento per la definizione della stessa.

Lu

S

Luca

ALLEGATO A

STRUTTURA CON CAPACITÀ RICETTIVA DI 40 POSTI-LETTO; PERSONALE MEDICO CON FUNZIONI DI DIAGNOSI E CURA

- Direttore medico responsabile: n.1
 - medico aiuto: n.1
 - medico assistente: n.1
 - guardia medica permanente interna: svolta da medici specialisti assunti ad hoc a rapporto di impiego o collaborazione coordinata e continuativa
 - personale medico del servizio di radiodiagnostica e del servizio di analisi con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa per un totale di 14 ore settimanali.
 - équipe interdisciplinare comprendente medici specialisti e/o tecnici laureati: neurologi, psicologi clinici, psichiatri, neuropsicologi, geriatri, cardiologi, ortopedici con rapporto di impiego ovvero collaborazione coordinata e continuativa per un monte orario settimanale di 40 ore.
- Le ore settimanali indicate per ogni branca specialistica possono essere coperte da più unità di personale.



Handwritten signature or initials.

11 *Handwritten signature or initials.*

ALLEGATO B

**DOTAZIONE MINIMA DI PERSONALE IN ORGANICO NON MEDICO,
AUSILIARIO E AMMINISTRATIVO**

STRUTTURA CON CAPACITÀ RICETTIVA DI 40 POSTI-LETTO

- Infermiere capo-sala coordinatore n.1
- infermieri professionali n.8 (rapporto: 1 unità ogni 5 pp.ll.)
- OTA o figura equivalente (assistenti di sostegno IV livello contrattuale) n.8
- Terapisti della riabilitazione e/o occupazionali: n.2
- Ausiliari socio-sanitari (III° Livello) : n.3
- Addetti amministrativi: n.2



Es

K

12

[Handwritten signature]



Problemi istituzionali del SSN

Roma, li 17.5.1998

prot. n. 2134 sett. 53/I

Al Direttore Generale
Azienda USL Roma C
Via dell'Arte, 68
00144 - R O M A

Al Legale rappresentante
della Casa di Cura
Villa Grazia
Via Cherubini, 28
00135 ROMA

e p. c. Al Presidente del
Dipartimento di Geriatria
c/o Day Hospital geriatrico
Azienda USL Roma C
P.le dell'Umanesimo 10
00144 ROMA

e p.c. Al Direttore Generale
Azienda USL RM/E
Borgo S. Spirito, 3
00193 ROMA



Oggetto: Ipotesi di progetto sperimentale tra Azienda USL Roma C, Dipartimento di Geriatria, Associazione AIMA e Casa di Cura Villa Grazia per ricoveri malati di Alzheimer.



La Giunta regionale, con provvedimento del 12 giugno 1998, n. 2446, ha preso atto dell'esigenza di attivare specifici servizi destinati all'assistenza ai pazienti affetti da particolari patologie fortemente invalidanti per i quali, al momento, il sistema sanitario non è in grado di offrire risposte adeguate in termini di interventi innovativi dal punto di vista organizzativo e assistenziale.

COPIA CONFORME

17/5/98 *[Signature]*

Roma, 11

Con lo stesso provvedimento la Giunta regionale ha dato mandato allo scrivente di intraprendere tutte le iniziative necessarie, volte a realizzare uno specifico progetto sperimentale riguardante l'assistenza ai pazienti affetti da demenza senile con particolare riferimento ai malati di Alzheimer, coinvolgendo le istituzioni che hanno dichiarato l'attenzione sul problema, nonché le strutture private che si sono dichiarate disponibili a partecipare alla sperimentazione e le Aziende Usi nel cui territorio la struttura è ubicata.

A tal fine, ed in relazione anche a quanto concordato negli incontri promossi da questo assessorato, le SS.LL. sono invitate a voler presentare un progetto di massima, corredato da una proposta di protocollo di intesa tra le parti, in cui vengano regolamentati i reciproci rapporti riguardanti gli aspetti organizzativi, operativi, finanziari e di sorveglianza della sperimentazione, evidenziando gli oneri derivanti dal progetto stesso a carico del Fondo sanitario regionale.

In particolare, si dovranno individuare la tipologia dei malati e le prestazioni offerte per le quali verranno determinate le relative tariffe; le modalità e gli strumenti per l'accesso nonché le modalità e gli strumenti per la sorveglianza della sperimentazione; le caratteristiche dimensionali e strutturali della casa di cura (compreso il numero dei posti letto); il numero di personale da mettere a disposizione articolato per profili professionali.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali, dovranno essere concordati modalità e tempi per la riconversione della casa di cura, per renderla adeguata agli standard previsti dalla normativa vigente.

[Handwritten signature]
AM/mt

L'ASSESSORE
(Lionello Cosentino)

[Handwritten signature]



COPIA CON OMBRA

[Handwritten signature]

17/5/99