

REPUBBLICA ITALIANA



# Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

---

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

---

**Parte seconda - N. 61**

**Euro 2,87**

---

**Anno 40**

**4 maggio 2009**

**N. 82**

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 aprile  
2009, n. 514

**Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari**



## DELIBERAZIONI REGIONALI

### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 aprile 2009, n. 514

**Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari**

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto l'articolo 38 della L.R. 12 marzo 2003, n. 2, recante "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", come in particolare modificato dall'articolo 39 della L.R. 22 dicembre 2005, n. 20;

vista la DGR 772/07, con la quale, in attuazione dell'art. 38 succitato, si è provveduto a:

- definire i criteri generali e le linee guida di applicazione dell'accREDITamento in ambito sociosanitario e sociale;
- individuare i servizi relativamente ai quali esso trova applicazione, dando priorità, per quanto attiene ai tempi di attuazione, ai servizi già regolamentati attraverso il percorso autorizzativo e finanziati anche tramite il Fondo regionale per la non autosufficienza;
- rimandare ad ulteriori provvedimenti attuativi la definizione dei requisiti e delle procedure per l'effettiva applicazione dell'accREDITamento;

visto l'art. 23 della L.R. 19 febbraio 2008, n. 4, con il quale si sono introdotte nel quadro normativo in essere le procedure dell'accREDITamento transitorio e dell'accREDITamento provvisorio, al fine di consentire l'avvicinamento graduale e progressivo a requisiti e condizioni propri dell'accREDITamento definitivo, e ciò in considerazione della complessità, rilevata anche dai soggetti istituzionali e dalle parti sociali, in particolare relativamente al possesso dei requisiti professionali, alla definizione della responsabilità gestionale unitaria e complessiva dei servizi e al superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona;

considerato che, ai sensi di tale articolo, spetta alla Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente:

- disciplinare requisiti, criteri, procedure e tempi per l'avvio dell'accREDITamento definitivo di servizi e strutture sociosanitarie;
- individuare le condizioni e le procedure per la concessione dell'accREDITamento transitorio dei servizi e delle strutture che detengano rapporti con il Servizio Sanitario regionale e con gli Enti locali, comprese le modalità di adeguamento dell'organizzazione e della gestione dei servizi e delle strutture al fine di assicurare la responsabilità gestionale unitaria e complessiva dei servizi e il superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona;
- individuare le tipologie di prestazioni e servizi sociosanitari per la cui erogazione può essere concesso l'accREDITamento, sulla base dell'elenco dei servizi soggetti al regime dell'accREDITamento approvato con DGR 772/07;
- determinare condizioni e procedure per la concessione dell'accREDITamento provvisorio;
- definire il sistema di remunerazione delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate;

visto il Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010, approvato con D.A.L. 175/2008, nel quale vengono tra l'altro definiti competenze e ruoli dei diversi soggetti della governance ai livelli regionale, intermedio e distrettuale, e considerata di conseguenza la necessità di individuare i soggetti istituzionali competenti per l'accREDITamento a livello distrettuale, e i relativi compiti, in coerenza con il disegno del Piano stesso;

rilevato che per quanto attiene al servizio di assistenza domiciliare non è ancora stata normata l'autorizzazione al funzionamento, istituto introdotto per la prima volta per questa tipologia di servizio con l'art. 35 della L.R. 2/03, già citata, e si rende perciò necessario definire i relativi requisiti anche per l'accREDITamento transitorio oltre che per l'accREDITamento definitivo, in modo da differenziare i relativi livelli di qualificazione, coerentemente alla logica complessiva dell'accREDITamento configurata dalla DGR 772/07;

rilevato inoltre che per quanto attiene i requisiti di personale dei servizi per disabili si è reso necessario specificare quanto previsto in termini generali nella DGR 564/00, considerata la diversificazione esistente nella rete dei servizi diurni e residenziali;

dato atto che:

- benché la normativa vigente preveda, con alcune deroghe, un elevato livello di qualificazione degli operatori dei servizi sociosanitari e malgrado l'investimento formativo straordinario realizzato negli anni passati, le dinamiche del mercato del lavoro e le condizioni del lavoro di cura non hanno consentito un sostanziale e generalizzato rispetto degli obiettivi di qualificazione degli operatori, in particolare degli operatori sociosanitari (OSS), evidenziando allo stato attuale una differenza sostanziale tra gestioni con personale dipendente pubblico (per il cui accesso tramite concorso è indispensabile la qualifica professionale) e gestioni da parte di soggetti privati, profit e no profit;
- obiettivo strategico dell'accREDITamento è la qualificazione dei servizi, che si realizza essenzialmente con la qualificazione degli operatori, e che pertanto questa azione rappresenta un elemento fondamentale nel percorso di accREDITamento;
- con il presente atto vengono fissati criteri più precisi ed un percorso graduale per garantire che nell'ambito dell'accREDITamento definitivo siano assicurati livelli certi e più elevati di personale qualificato;
- tali requisiti, in particolare quelli relativi al personale con la qualifica di Operatore sociosanitario, sono stati fissati nel presente provvedimento anche tenendo conto del confronto in atto tra le parti sociali finalizzato ad ampliare le opportunità di accesso alla qualifica e di qualificazione sul lavoro, confronto che la Regione segue con attenzione e si impegna a sostenere in modo proattivo con azioni utili a favorirne l'esito positivo e la conseguente attuazione, garantendone il monitoraggio anche in relazione alla sostenibilità degli obiettivi indicati nel presente atto;

considerato che, a seguito dell'introduzione dell'accREDITamento transitorio e del differente livello di qualificazione di servizi e strutture richiesto nella fase transitoria e in quella a regime dell'accREDITamento definitivo, si rende opportuno approfondire il sistema di remunerazione dei servizi differenziando le tariffe relative al regime transitorio da quelle relative al regime definitivo, definendone i relativi criteri e le entità con successivi atti;

dato atto della necessità di rinviare a successivi provvedimenti:

- le determinazioni relative al sistema omogeneo di tariffe per l'accREDITamento transitorio, provvisorio e definitivo;
- la composizione e le modalità di funzionamento dell'organismo tecnico di ambito provinciale previsto al comma 4 del più volte citato art. 38;
- l'individuazione di eventuali altri servizi (tra quelli già individuati nella DGR 772/07) per i quali prevedere l'applicazione degli strumenti e del percorso previsto dall'art. 23 della L.R. 4/08, e la relativa definizione di requisiti, condizioni e procedure per l'accREDITamento;

dato atto della necessità di prevedere che il sistema di accREDITamento transitorio e provvisorio decorrano effettivamente dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione relativa al sistema omogeneo di tariffe, dal momento che la conoscenza e l'accettazione delle tariffe rappresenta condizione per richie-

re l'accreditamento, e che pertanto sino a tale data eventuali nuovi affidamenti per i servizi ricompresi nel sistema dell'accreditamento si realizzeranno in base alle normative vigenti;

dato atto che nel lavoro istruttorio per la definizione dei requisiti per l'accreditamento definitivo, contenuti nell'Allegato D parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, sono stati coinvolti a livello tecnico rappresentanze dei diversi soggetti gestori pubblici e privati operanti nel territorio regionale;

dato atto che sull'applicazione dell'art. 23 della L.R. 4/08 si è sviluppato, nell'ambito della Cabina di Regia per le politiche sanitarie e sociali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 2187/05, un processo di confronto e consultazione tra la Giunta regionale e gli Enti locali, che ha portato alla stesura di un elaborato condiviso e contenente il "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari";

vista l'intesa acquisita sul documento stesso nella Cabina di regia per le politiche sanitarie e sociali, di cui alla DGR 2187/05 nella seduta del 22/12/2008;

considerato che sul documento in oggetto sono stati svolti numerosi approfonditi momenti di confronto tecnico con le Organizzazioni rappresentative del Terzo settore, con le Organizzazioni dei gestori privati e con le Organizzazioni sindacali interessate;

dato atto del parere, ai sensi dell'articolo 38 della Legge regionale n. 2 del 2003 e successive modifiche, della Conferenza regionale del Terzo settore di cui all'articolo 35 della L.R. 21 aprile 1999, n. 3, che si è espressa favorevolmente nella seduta del 25/2/2009;

dato atto che la Conferenza Regione-Autonomie locali nella seduta del 2/3/2009 ha espresso ai sensi dell'art. 31, comma 2, della L.R. 3/99, il proprio assenso in merito all'intesa sul "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari";

considerato che, ai sensi di quanto previsto del comma 4 dell'art. 31 della L.R. 3/99, sono pervenute osservazioni in merito al provvedimento sottoposto all'intesa da parte dei Sindaci dei Comuni di Savignano sul Rubicone, Sogliano al Rubicone, San Mauro Pascoli e Roncofreddo e che di conseguenza la Conferenza Regione-Autonomie locali si è nuovamente riunita in data 31 marzo 2009 per consentire il perfezionamento definitivo dell'assenso all'intesa;

dato atto che alla suddetta seduta della Conferenza Regione-Autonomie locali del 31 marzo 2009 non è stato raggiunto il numero legale necessario per il suo valido funzionamento e che pertanto, come risulta dalla comunicazione prot. N. NP/2009/4798 dell'1 aprile 2009 del Responsabile del Servizio Politiche di Concertazione Istituzionale, la Giunta regionale deve provvedere con deliberazione motivata in merito alle osservazioni pervenute, ai sensi di quanto previsto dal già citato art. 31, comma 5, della L.R. 3/99;

ritenuto pertanto, anche in considerazione dell'ampio ed articolato percorso di condivisione del provvedimento già svolto con gli Enti locali, di non accogliere le osservazioni presentate dai Comuni sopra citati in merito al "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari", per le ragioni e le motivazioni di merito e di carattere giuridico di seguito indicate:

«I Comuni di Savignano sul Rubicone, Sogliano al Rubicone, San Mauro Pascoli e Roncofreddo hanno fatto pervenire le loro osservazioni mediante apposite correzioni da apportare allo schema del "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari" ed in particolare al suo Allegato 1.

Le osservazioni, riassumibili in 14 punti, possono essere analizzate e motivatamente respinte o da dichiararsi superate o non ammissibili, in quanto:

- 1) si richiede lo spostamento in avanti di 1 anno di tutte le date:  
Il termine del 31/12/2010 per il termine dell'avvio della fase di accreditamento transitorio e l'avvio dell'accreditamento definitivo è previsto da una norma di legge (art. 23, L.R. 4/08). L'eventuale spostamento può essere disposto soltanto con una nuova norma di legge.  
Tale modifica potrebbe essere accolta solo in sede di revisione della Legge 4/08.
- 2) a pag. 7 del documento, punto 1.3, lett. b): si prevede che i rapporti giuridici attualmente in essere decadano ad una data prefissata, coincidente con il termine per la presentazione della domanda di accreditamento transitorio. Si tratta di una previsione incoerente con la facoltatività del percorso dell'accreditamento transitorio e giuridicamente insostenibile giacché nessun provvedimento regionale potrebbe mai imporre la risoluzione imperativa dei contratti in essere che devono andare avanti secondo le originarie pattuizioni, salvo la loro rinegoziazione consensuale e condivisa in vista degli obiettivi dell'accreditamento;
- 3) pag. 14 documento, punto 5.2: l'emendamento al provvedimento appare inammissibile rispetto agli obiettivi ed ai tempi di realizzazione dell'accreditamento. La formulazione proposta, che vorrebbe ammettere che la domanda di accreditamento definitivo venisse presentata da parte di più soggetti, configge con l'esigenza di evitare la frammentazione dei servizi e di assicurare la responsabilità unitaria della gestione;
- 4) pag. 14 documento, punto 5.3.1 lett. c). Si ipotizza il rilascio dell'accreditamento definitivo non solo a seguito della realizzazione del percorso di adeguamento dell'organizzazione e della gestione unitaria ma anche dietro l'impegno a realizzarlo entro il 31 dicembre 2012. La proposta non è accoglibile in quanto i percorsi previsti sono già flessibili e consentono un percorso di adeguamento triennale che può concludersi successivamente al 31/12/2010 ed addirittura giungere sino al 31/12/2013.
- 5) pag. 14 documento, punto 5.3.1. Viene inserita una lett. d: autorizzazione al funzionamento provvisoria con impegno ad ottenere quella definitiva entro il 31/12/2012. Nell'ultima versione è stato inserito al punto 6.2 una precisazione che nella sostanza dà risposta alla esigenza posta, ossia quella di salvaguardare anche i servizi che hanno una autorizzazione con alcune prescrizioni: «il servizio per il quale si richiede l'accreditamento transitorio sia in possesso di autorizzazione al funzionamento, in corso di validità, rilasciata dalla autorità competente, anche a seguito della presentazione di un progetto contenente la definizione dei tempi necessari per assicurare il rispetto pieno dei requisiti strutturali previsti dalla normativa vigente»;
- 6) pag. 15, punto 5.3.2: la modifica proposta (<entro il 31/12/2012>) resta assorbita da quanto previsto al precedente punto 4;
- 7) pag. 15 documento, punto 5.3.4. Si richiede che il rinnovo dell'accreditamento definitivo per gli enti pubblici che gestiscono servizi non sia assoggettato a limitazioni. La proposta, irragionevole, giuridicamente censurabile rispetto ai principi di trasparenza e non discriminazione che sono fatti propri nelle procedure dell'accreditamento, introduce un'illogica disparità tra soggetti pubblici e privati;
- 8) pag. 17 documento punto 6.2 in merito all'autorizzazione al funzionamento provvisoria: vedi punto 5;
- 9) pag. 19 documento punto 6.3.1. lett. a) in merito all'autorizzazione al funzionamento provvisoria: vedi punto 5;
- 10) pag. 20 punto 6.3.3: <termine del 31 dicembre 2012>: vedi punto 4;
- 11) pag. 30, in fondo. Si ipotizza che tra i Comuni che esercitano la committenza dei servizi e le Aziende di servizi alla persona che gestiscono direttamente i servizi non venga stipulato un apposito contratto bensì sia sufficiente la mera determinazione di un budget o di un programma di attività. La proposta è inammissibile in quanto le Asp vanno consi-



derate alla pari altri soggetti produttori, come chiarito in più punti del provvedimento e come già stabilito nella delibera 772/07 coerentemente alle finalità ed agli obiettivi dell'accreditamento;

- 12) pag. 33, lette. a) del documento. Si introduce la possibilità per le Asp di essere titolari del provvedimento di accreditamento anche quando per un numero non prevalente ricorrano ad affidamenti generali ed integrati di servizi. Tale ipotesi va rigettata in quanto, oltre a reintrodurre surrettiziamente il percorso dell'appalto dei servizi che il percorso dell'accreditamento ha voluto esplicitamente sostituire con altre logiche di responsabilità e qualità nella conduzione dei servizi, contrasta con i principi già enunciati dalla 772/07 ed ora meglio declinati e disciplinati dal provvedimento attuativo dell'art. 23 in base ai quali l'accreditamento:
- a) deve essere riferito ad un "modello organizzativo" complessivamente e unitariamente prodotto da un unico "soggetto" (pubblico o privato che esso sia);
  - b) ne consegue che devono essere superate le situazioni in cui ad una identificazione puramente figurativa di un soggetto produttivo pubblico corrisponde la fornitura di risorsa umana (il più rilevante "fattore produttivo") da parte di un "soggetto privato", con ciò rischiando di configurare una vera e propria "intermediazione di manodopera";
  - c) nel caso in cui la fornitura, organizzazione e direzione del personale di un servizio sia in tutto – o in parte assai prevalente – attribuibile ad un "soggetto privato" spetterà a questo presentare richiesta di accreditamento anche se, al momento, la erogazione del servizio appare formalmente pubblica. In ogni caso la suddetta situazione ibrida deve essere rapidamente superata recuperando la condizione di cui alla precedente lettera a);
- 13) pag. 33, lett. b) del documento sulla gestione diretta da parte del soggetto privato. Trattasi di modifiche solo letterali e non sostanziali del testo, oltre che di eliminazioni di parti che invece si ritengono essenziali per la disciplina dell'ipotesi di accreditamento del servizio in favore del soggetto privato. Una modifica sostanziale investe invece il fatto che, pur se ad essere accreditato per il servizio è il soggetto gestore privato, sarebbe comunque l'Asp a mantenere i rapporti con gli utenti e ad introitare le somme dei fondi pubblici per la gestione dei servizi. Si tratta di un'ipotesi che contraddice le caratteristiche dell'accreditamento che, qualora rilasciato in favore del soggetto privato ed al pari di quanto avviene per i soggetti pubblici che gestiscono direttamente i servizi, abilita il suo titolare ad agire in nome e per conto dell'Amministrazione competente secondo le logiche e le conseguenze già esaustivamente disciplinate nella delibera 772/07;
- 14) pagg. 34 e 35 documento: trattasi di modifiche, inammissibili nel merito o che restano assorbite nelle considerazioni precedenti od ancora ipotizzate e proposte senza alcuna argomentazione posta a loro fondamento e pertanto irricevibili»;

acquisito il parere favorevole della Commissione assembleare competente "Politiche per la salute e politiche sociali", nella seduta del 15/4/2009;

dato atto che sul documento sottoposto alle valutazioni ed ai pareri previsti dall'art. 38 della Legge 2/03 e successive modificazioni sono state apportate alcune variazioni, di carattere non sostanziale, volte a recepire le indicazioni emerse nel corso degli approfondimenti tecnici e del confronto formale con le parti sociali ed il Terzo settore e che pertanto il "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari" risulta ora composto, formulato e definitivamente adottabile nel testo di cui all'Allegato 1, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

ritenuto altresì di rinviare ad ulteriori propri provvedimenti

le determinazioni in ordine ad alcuni aspetti specifici dell'accreditamento, come sopra individuati, provvedimenti che verranno adottati osservando le forme di consultazione rispettivamente previste dalla normativa vigente, e con il preventivo parere della competente Commissione assembleare;

dato atto che su tutti gli ulteriori atti di implementazione del sistema di accreditamento, la Regione e gli Enti locali si sono impegnati inoltre a un percorso di confronto preventivo e di concertazione con le Organizzazioni sindacali confederali e di categoria, per le singole competenze, sia a livello regionale che territoriale, così come previsto dal Protocollo d'intesa siglato il 31 maggio 2006 e dalla L.R. n. 2 del 2003 e successive modifiche e che tale percorso preventivo di confronto e concertazione si svilupperà altresì con le componenti del Terzo settore;

considerato altresì che si ritiene opportuno prevedere entro il 31/10/2010 una verifica congiunta tra la Regione, gli Enti locali e tutti gli altri soggetti coinvolti nel percorso sul grado di realizzazione degli obiettivi e sull'impatto a livello locale del percorso di accreditamento valutando di conseguenza eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie a garantire l'adequazione, la sostenibilità e l'omogeneità del sistema dell'erogazione dei servizi sociosanitari;

ritenuto pertanto di adottare il primo provvedimento attuativo dell'articolo 23 della L.R. 4/08;

dato atto del parere allegato;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute Giovanni Bissoni e dell'Assessore Politiche sociali ed educative, Immigrazione, Volontariato, Associazionismo e Terzo Settore Anna Maria Dapporto,

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di adottare, per le motivazioni espresse in premessa, il primo provvedimento attuativo di cui all'art. 23 della L.R. 4/08, assumendo le determinazioni ivi previste, secondo quanto disposto nell'Allegato 1 "Primo provvedimento attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) di rimandare a successivi e separati propri atti, da adottarsi con le forme di consultazione rispettivamente previste dalla normativa vigente e con il preventivo parere della competente Commissione assembleare, le ulteriori determinazioni connesse ad aspetti specifici della fase successiva di messa a regime dell'accreditamento, ed in particolare:

- le determinazioni relative al sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo;
- la composizione e le modalità di funzionamento dell'organismo tecnico di ambito provinciale previsto al comma 4 del più volte citato art. 38;
- l'individuazione di eventuali altri servizi (tra quelli già individuati nella DGR 772/07) per i quali prevedere l'applicazione degli strumenti e del percorso previsto dall'art. 23 della L.R. 4/08, e la relativa definizione di requisiti e condizioni per l'accreditamento;

3) di dare atto che sino alla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio eventuali nuovi affidamenti per i servizi ricompresi nel sistema dell'accreditamento si realizzeranno in base alle normative vigenti;

4) di riservarsi l'effettuazione entro il 31/10/2010 di una verifica congiunta sul grado di realizzazione degli obiettivi e sull'impatto a livello locale del percorso di accreditamento valutando di conseguenza eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie a garantire l'adequazione, la sostenibilità e l'omogeneità del sistema dell'erogazione dei servizi sociosanitari con le modalità evidenziate in premessa;

5) di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

(segue allegato fotografato)

Allegato parte integrante - 1

## **ALLEGATO 1**

### **"Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari"**

#### **1. Introduzione: l'accreditamento nei servizi socio-sanitari**

##### **1.1 Premessa generale**

##### **1.2 I contenuti del provvedimento**

##### **1.3 Sintesi del percorso complessivo**

#### **2. Individuazione delle tipologie delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari il cui esercizio è subordinato alla disciplina ed alla concessione dell'accreditamento**

##### **2.1 Servizi a cui si applica l'accreditamento definitivo**

##### **2.2 Servizi a cui si applica l'accreditamento transitorio e/o provvisorio**

#### **3. Il ruolo del soggetto istituzionale competente per ambito territoriale alla concessione dell'accreditamento**

#### **4. Il ruolo dell'organismo tecnico di ambito provinciale**

##### **4.1 Funzioni**

##### **4.2 Composizione e nomina**

##### **4.3 Funzionamento dell'organismo**

##### **4.4 Fase di prima attuazione dell'accreditamento**

#### **5. Disciplina dell'accreditamento definitivo**

##### **5.1 Ambito di applicazione**

##### **5.2 Requisiti e condizioni**

##### **5.3 Procedure per la concessione dell'accreditamento definitivo**

###### **5.3.1 Presentazione delle domande e tempi per la concessione**

###### **5.3.2 Verifica della coerenza programmatica e del possesso dei requisiti**

###### **5.3.3 Rilascio dell'accreditamento definitivo**

###### **5.3.4 Durata e rinnovo**

###### **5.3.5 Decadenza e revoca**

##### **5.4 Sistema di remunerazione**

##### **5.5 Accompagnamento, monitoraggio e qualità del servizio**

## **6. Disciplina dell'accREDITamento transitorio**

### **6.1 Ambito di applicazione**

### **6.2 Requisiti e condizioni**

### **6.3 Procedure per la concessione dell'accREDITamento transitorio**

#### **6.3.1 Presentazione delle domande e tempi per la concessione**

#### **6.3.2 Verifica della coerenza programmatica e della sussistenza dei requisiti e delle condizioni previste per l'accREDITamento transitorio**

#### **6.3.3 Rilascio dell'accREDITamento transitorio**

#### **6.3.4 Durata**

#### **6.3.5 Decadenza e revoca**

### **6.4 Adeguamento dei rapporti contrattuali**

### **6.5 Sistema di remunerazione**

### **6.6 Accompagnamento, monitoraggio e qualità del servizio**

## **7. La disciplina dell'accREDITamento provvisorio**

### **7.1 Ambito di applicazione**

### **7.2 Finalità, requisiti e condizioni**

### **7.3 Procedure per la concessione dell'accREDITamento provvisorio**

#### **7.3.1 Selezione dei soggetti gestori**

#### **7.3.2 Invito diretto**

#### **7.3.3 Rilascio dell'accREDITamento provvisorio**

#### **7.3.4 Durata**

#### **7.3.5 Decadenza e revoca**

### **7.4 Sistema di remunerazione**

### **7.5 Accompagnamento, monitoraggio e qualità del servizio**

## **8 Il contratto di servizio per la regolamentazione del rapporto tra soggetti committenti e soggetti gestori dei servizi accREDITati**

## **ALLEGATI**

### ***Allegato A: La responsabilità gestionale unitaria***

- 1.1 La responsabilità gestionale unitaria quale condizione gestionale ed organizzativa necessaria per la concessione dell'accREDITamento
- 1.2 Forme ed esemplificazioni della responsabilità gestionale unitaria da assicurare in regime di accREDITamento definitivo
- 1.3 Il programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio valevole nella fase transitoria

### ***Allegato B: Requisiti dell'assistenza domiciliare per anziani e disabili per l'accREDITamento transitorio***

### ***Allegato C: Precisazione dei requisiti di personale dei servizi per disabili per l'accREDITamento transitorio***

### ***Allegato D: Requisiti per l'accREDITamento definitivo***

## **1. INTRODUZIONE: L'ACCREDITAMENTO NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

### **1.1 PREMESSA GENERALE**

In attuazione della normativa regionale vigente (articolo 38 della l.r. 2/2003, Deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007, articolo 23 della l.r. 4/2008, Deliberazione dell'Assemblea legislativa 175/2008 recante il nuovo Piano Sociale e Sanitario), la Giunta regionale è tenuta ad adottare i provvedimenti attuativi necessari per definire i criteri, le condizioni e le procedure del sistema di accreditamento dei servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari.

Con l'istituto dell'accREDITamento, in coerenza con il principio fondamentale già espresso dalla legislazione nazionale sullo svolgimento delle attività socio-sanitarie (art. 8-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni), si innova il sistema regionale del *welfare* e ci si propone di assicurare una maggiore coerenza con il sistema complessivo di regolamentazione e programmazione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari, fatto proprio dalla Legge Regionale n. 2 del 2003.

Da esso, infatti, prende vita un modello di accREDITamento che, inserendosi organicamente nel quadro della Legge Regionale n. 2 del 2003, ne costituisce al contempo evoluzione e specificazione, con la finalità di garantire che l'erogazione dei servizi fornisca adeguate risposte, sia dal punto di vista qualitativo che sotto il profilo quantitativo, ai bisogni della popolazione.

Lo strumento dell'accREDITamento non è riconducibile allo schema dell'appalto di servizi e consiste invece in un provvedimento amministrativo discrezionale che l'Amministrazione competente adotta al termine di un procedimento valutativo da effettuarsi in coerenza con le decisioni adottate in sede di programmazione e alle logiche ed ai requisiti di qualità dei servizi erogati

L'accREDITamento è infatti finalizzato ad individuare i servizi e le strutture necessari per la copertura del fabbisogno espresso nella programmazione territoriale e consente, a seguito dell'espletamento di procedure nelle quali dovranno essere dimostrati da parte dei soggetti gestori i requisiti di qualità nella conduzione e nell'erogazione del servizio, l'instaurazione dei rapporti di servizio pubblico tra i soggetti titolari della committenza dei servizi socio-sanitari ed i soggetti gestori/erogatori di tali servizi, le cui relazioni vengono disciplinate attraverso un apposito contratto di servizio.

Pertanto la programmazione territoriale è il presupposto dell'accREDITamento e ne condiziona le procedure di rilascio e lo svolgimento delle attività conseguenti.

Alla programmazione territoriale, ed agli Organismi competenti ad assumerla, spetta esercitare un ruolo particolarmente forte ed incisivo capace di guidare lo svolgimento e l'applicazione dell'accREDITamento, indicando il fabbisogno di servizi, l'offerta necessaria, i criteri con i quali assicurare la riorganizzazione dei servizi, gli eventuali profili aggiuntivi di selezione dei servizi da accREDITare, gli ulteriori canoni di valutazione dei soggetti gestori, la regolamentazione dei contratti di servizio.



Per le sue stesse caratteristiche che ne consentono il rilascio, l'accreditamento costituisce un percorso a carattere dinamico e temporalmente delimitato, che deve prevedere valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia relativamente alla loro effettiva necessità in relazione al mutare dei fabbisogni e della domanda degli interventi socio-sanitari. La permanenza in essere dell'accreditamento è legata pertanto alle esigenze individuate dalla programmazione ed alla verifica sul mantenimento dei requisiti e delle condizioni individuate nel medesimo provvedimento di accreditamento e dal contratto di servizio.

L'accreditamento, quale modulo che consente l'incardinamento del servizio e/o della struttura nei servizi pubblici di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, si applica ai servizi di volta in volta individuati nei provvedimenti regionali di attuazione dell'art. 38 della l.r. 2/2003 e dell'art. 23 della l.r. 4/2008, che vengono adottati nel rispetto dei parametri individuati nella medesima legislazione regionale.

Pertanto, le procedure ed i requisiti dell'accreditamento si rivolgono unicamente a quella gamma di servizi socio-sanitari caratterizzati, ai sensi dell'articolo 38 della l.r. 2/2003, da un finanziamento pubblico prevalente, da scopi solidaristici, da bisogni di cura, e da adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi la cui regolamentazione è rimessa, per i profili organizzativi e gestionali, alla competenza normativa regionale.

Nella concessione dell'accreditamento, che investe i servizi socio-sanitari di cui al punto 2, vengono altresì considerati le attività ed i servizi di supporto e strumentali all'esercizio degli interventi socio-sanitari (la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili, i servizi alberghieri, ecc.) che sono organizzati, affidati e gestiti nelle consuete forme previste dalla legge e vanno comunque disciplinati nell'ambito del contratto di servizio volto a regolamentare complessivamente l'erogazione degli interventi.

Nelle procedure di accreditamento vanno ovviamente richiamati e rispettati, come peraltro previsto dalla legge regionale 2/2003, i principi di pubblicità, trasparenza, non discriminazione, proporzionalità, ovvero quei criteri che – fatti propri dall'ordinamento europeo e da quello nazionale - si impongono ad ogni scelta del legislatore e dell'amministrazione regionale e locale quando provvedano a regolamentare e ad adottare provvedimenti che abilitino all'erogazione di servizi per conto della Pubblica Amministrazione.

Come già previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007, l'applicazione delle procedure di accreditamento fa salva peraltro la possibilità di accreditare un numero di servizi superiore al fabbisogno. Ciò vale, ad esempio, per l'assistenza domiciliare, al fine di agevolare il pluralismo dell'offerta dei servizi, di favorire un equilibrato livello di competizione degli stessi e di tutelare gli interessi dell'utenza. In tali casi, nel contratto di servizio dovranno essere posti limiti e modalità di remunerazione coerenti con le risorse disponibili.

La disciplina dell'accreditamento e dei relativi requisiti viene stabilita in maniera uniforme dal livello regionale. In sede di contratto di servizio possono invece essere definiti ulteriori requisiti e livelli di qualità, a condizione che tale scelta:

- non costituisca in alcun modo fattore di esclusione diretta o indiretta all'accesso al servizio da parte dell'utente;
- sia condivisa in ambito distrettuale, perseguendo l'obiettivo di una tendenziale omogeneità in tale ambito;
- la remunerazione aggiuntiva rispetto al sistema di tariffe definito a livello regionale sia congrua e non ricada in alcun modo sul Fondo regionale per la non autosufficienza.

Al fine di assicurare un avvio graduale del nuovo sistema di committenza ed erogazione dei servizi socio-sanitari, la legislazione regionale ha previsto un percorso flessibile che si articola su tre tipologie distinte di accreditamento e che ora vengono disciplinate con il presente provvedimento attuativo dell'articolo 23 della l.r. 4/2008.

Le previsioni contenute nel provvedimento riguardano pertanto:

- **l'accreditamento definitivo dei servizi**, disciplinato e previsto dall'art. 38 della l.r. 2/2003 e dall'art. 23 della l.r. 4/2008, che costituisce nel regime ordinario il modulo di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e degli Enti locali;
- **l'accreditamento transitorio**, quale percorso facoltativo introdotto dall'articolo 23 della l.r. 4/2008 per l'avvio dell'accreditamento e la trasformazione, in presenza di determinate condizioni, dei rapporti esistenti tra Enti Locali (e/o loro forme gestionali dei servizi) e AUSL e soggetti gestori per l'erogazione dei servizi sociosanitari, nell'ambito di un processo graduale e progressivo di attuazione dell'accreditamento definitivo;
- **l'accreditamento provvisorio**, disciplinato ed introdotto dall'art. 23 della l.r. 4/2008, quale modalità ordinaria per l'instaurazione, attraverso meccanismi trasparenti ad evidenza pubblica, di nuovi rapporti (ovvero, rapporti non ancora esistenti) tra Enti Locali e AUSL e soggetti gestori per l'erogazione dei servizi sociosanitari, che si applicherà sia nella fase transitoria che in quella a regime.

Il presente provvedimento, che trova la sua base formale nell'articolo 23 della l.r. 4/2008, fa peraltro ovviamente salvo e si ricollega a quanto già regolamentato nelle disposizioni nel frattempo intervenute, con particolare riguardo a quanto previsto nella deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007 alla quale occorre fare integrale riferimento per quanto attiene alle finalità, alle logiche ed ai criteri di applicazione dell'accreditamento.

Nella consapevolezza della complessità della implementazione del sistema di accreditamento e della opportunità di seguirne attentamente la realizzazione, viene previsto un apposito monitoraggio al fine di garantire alle parti istituzionali ed a tutti i soggetti coinvolti un percorso di verifica condiviso. A tal fine, la Regione assicura entro la fine del 2010 una verifica congiunta sul grado di realizzazione degli obiettivi e sull'impatto a livello locale del percorso di accreditamento valutando di conseguenza eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie a garantire l'adequatezza, la sostenibilità e l'omogeneità del sistema dell'erogazione dei servizi socio-sanitari.

## 1.2 I CONTENUTI DEL PROVVEDIMENTO

Con il presente provvedimento la Regione, in attuazione delle scelte assunte dalla propria



Assemblea legislativa, disciplina le condizioni e le modalità dell'accreditamento transitorio, definitivo e provvisorio.

A tal fine, si individuano le tipologie di servizi inizialmente interessati all'applicazione del regime dell'accreditamento e si disciplinano i compiti istituzionali spettanti al soggetto competente alla concessione dell'accreditamento ed all'organismo tecnico di ambito provinciale, di prossima istituzione, al quale spetta la funzione tecnica di verifica dei requisiti di qualità.

Si disciplinano altresì le procedure da osservarsi per il rilascio dell'accreditamento definitivo, transitorio o provvisorio ed i contenuti essenziali del contratto di servizio che accompagna la regolamentazione del rapporto di ciascun accreditamento.

I punti 2, 3 e 4 contengono disposizioni comuni e vevoli per ogni tipologia di accreditamento.

Con i punti e gli allegati successivi vengono disciplinate le singole tipologie di accreditamento per quanto riguarda requisiti, criteri, procedure, tempi.

In particolare, con l'allegato A si individuano e si disciplinano le garanzie di responsabilità gestionale unitaria e complessiva nella gestione dei servizi che sono connesse alle finalità stesse dell'accreditamento, chiarendo alcuni concetti generali ed individuando le forme ed il percorso con cui pervenire alla realizzazione di tale obiettivo.

L'accreditamento comporta l'accettazione del sistema omogeneo di tariffe vevoli per la remunerazione delle prestazioni e dei servizi.

Al fine di assicurare progressivamente omogeneità ed equità nell'erogazione delle prestazioni, con successivi atti verranno pertanto definite dapprima le determinazioni relative al sistema omogeneo di tariffe vevoli per l'accreditamento transitorio e provvisorio ed a seguire quelle relative all'accreditamento definitivo.

Al momento dell'adozione dei provvedimenti relativi al sistema omogeneo di tariffe, vevoli rispettivamente per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo, le procedure di accreditamento potranno trovare definitiva applicazione.

### **1.3 SINTESI DEL PERCORSO COMPLESSIVO**

Il percorso stabilito dalla legge 4/2008 ed attuato dal presente provvedimento con le procedure più specificatamente disciplinate ai punti 5, 6, 7 può essere riassunto come segue:

#### **ACCREDITAMENTO TRANSITORIO**

a) A decorrere dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Regione della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio, i servizi socio-sanitari erogati nelle aree di interesse a carico delle Aziende Usl e/o degli Enti locali (anche in base a rapporti instaurati con le loro forme gestionali) potranno essere accreditati transitoriamente laddove rispettino le condizioni ed i requisiti previsti dalla normativa; la concessione dell'accreditamento transitorio comporta la trasformazione dei contratti al momento in essere.

b) L'accreditamento transitorio costituisce tuttavia una facoltà e non un obbligo imposto dalla normativa regionale e pertanto il rapporto originariamente instauratosi per l'erogazione dei medesimi servizi socio-sanitari a carico delle Aziende Usl e/o degli Enti locali potrà proseguire, sino alla sua scadenza legale, con le regole pattizie attualmente vigenti e che si

sono formulate per effetto degli affidamenti e della regolamentazione dei rapporti originari. L'erogazione dei servizi assicurata in base a rapporti che sono proseguiti con le attuali regole e che non sono stati trasformati in accreditamenti transitori, potrà essere garantita, dopo la scadenza legale dei preesistenti rapporti, unicamente con le procedure e le condizioni previste per l'accredimento provvisorio.

Alla luce di quanto disposto dall'articolo 23, comma 3, ultimo periodo, la cessazione del regime di accreditamento transitorio deve avvenire entro il 31 dicembre 2010. Pertanto, la concessione di provvedimenti di accreditamento transitorio dovrà avvenire entro e non oltre tale data.

### ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

c) Il regime dell'accredimento definitivo si applica a partire dal 1° gennaio 2011.

A decorrere da tale data, non potranno essere più rilasciati provvedimenti di accreditamento transitorio dei servizi ed i provvedimenti già concessi di cui alla precedente lettera a) potranno essere trasformati in accreditamenti definitivi, con applicazione, pertanto, dei requisiti e del sistema di remunerazione previsti e disciplinati per l'accredimento definitivo.

La trasformazione dei rapporti di accreditamento transitorio in accreditamenti definitivi dovrà avvenire, in presenza di verifica positiva della coerenza con il fabbisogno indicato dalla programmazione e della sussistenza dei requisiti e delle condizioni previste dalla normativa, in un periodo massimo di tre anni, decorrenti dalla data di avvio dell'applicazione del regime di accreditamento definitivo e quindi entro e non oltre il 31 dicembre 2013.

### ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

d) A decorrere dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accredimento transitorio e provvisorio, per l'attivazione di nuovi servizi e per la stipulazione di nuovi rapporti di servizio pubblico, la relativa individuazione dovrà avvenire mediante lo strumento ed il percorso dell'accredimento provvisorio, che sino al 31 dicembre 2010 verrà rilasciato con l'applicazione dei requisiti previsti per l'accredimento transitorio.

A partire dal 31 dicembre 2010, per le nuove esigenze di cui alla lettera d), gli accreditamenti provvisori saranno rilasciati con riferimento ai requisiti per l'accredimento definitivo.

In entrambi i casi, i rapporti attivati per mezzo dell'accredimento provvisorio potranno essere trasformati, in presenza di una verifica positiva, in accreditamenti definitivi.

## **2. INDIVIDUAZIONE DELLE TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI IL CUI ESERCIZIO E' SUBORDINATO ALLA DISCIPLINA ED ALLA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO**

### **2.1 SERVIZI A CUI SI APPLICA L'ACCREDITAMENTO DEFINITIVO**

Per quanto attiene ai servizi e alle strutture socio-sanitarie per i quali è possibile concedere l'accredimento definitivo si fa riferimento a quanto già definito con la Deliberazione della Giunta regionale 772/2007, che nel dare prima attuazione all'articolo 38 della l.r. 2/2003, ha individuato i servizi il cui esercizio è subordinato all'accredimento.

Nell'ambito e nel rispetto dell'elenco dei servizi formulato dalla suddetta DGR 772/2007, tenuto conto di quanto ora previsto dall'art. 23 della LR 4/2008, l'accreditamento definitivo viene inizialmente disciplinato in merito a requisiti, condizioni e procedure per i seguenti servizi:

- assistenza domiciliare
- casa-residenza per anziani non autosufficienti (che ricomprende le tipologie casa protetta e RSA)
- centro diurno assistenziale per anziani
- centro socio-riabilitativo residenziale per disabili
- centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili.

Le procedure di concessione dell'accreditamento definitivo per tali servizi sono disciplinate al punto 5. I requisiti e le condizioni gestionali ed organizzative che si applicano a far data dal 1° gennaio 2011 a tali servizi ai fini del rilascio dell'accreditamento definitivo sono altresì disciplinati negli allegati A (Responsabilità gestionale unitaria) e D (Requisiti per l'accreditamento definitivo) del presente documento. I requisiti per l'accreditamento definitivo (allegato D) valgono anche per l'accreditamento provvisorio successivamente al 1° gennaio 2011.

Con successivi provvedimenti la Giunta regionale provvederà a definire, in attuazione dell'articolo 38 della l.r. 2/2003 e dell'art. 23 della l.r. 4/2008, i requisiti, le condizioni e le procedure per l'accreditamento definitivo degli altri servizi già individuati nella citata deliberazione della GR 772/2007.

## **2.2 SERVIZI A CUI SI APPLICA L'ACCREDITAMENTO TRANSITORIO E/O PROVVISORIO**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 23, comma 1, della l.r. 4/2008, l'accreditamento transitorio e provvisorio viene altresì ora disciplinato, nell'ambito di un processo graduale e progressivo di attuazione dell'accreditamento definitivo, in merito a requisiti, condizioni, procedure e tariffe per i seguenti servizi:

- assistenza domiciliare
- casa-residenza per anziani non autosufficienti (che ricomprende le tipologie casa protetta e RSA)
- centro diurno assistenziale per anziani
- centro socio-riabilitativo residenziale per disabili
- centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili.

Le procedure di concessione dell'accreditamento transitorio e provvisorio per tali servizi sono disciplinate rispettivamente ai punti 6 e 7. I requisiti e le condizioni gestionali ed organizzative che si applicano a tali servizi ai fini del rilascio dell'accreditamento transitorio e, limitatamente al periodo sino al 31 dicembre 2010, provvisorio sono altresì meglio disciplinati nei successivi paragrafi 6.2 e 7.2 e negli allegati A (Responsabilità gestionale unitaria), B (Requisiti dell'assistenza domiciliare per anziani e disabili per l'accreditamento transitorio) e C (Precisazione dei requisiti di personale dei servizi per disabili) del presente documento.



Con successivi provvedimenti, la Giunta regionale provvederà a definire gli ulteriori requisiti, condizioni e tariffe valevoli per l'accreditamento transitorio e provvisorio degli altri servizi, pur sempre nell'ambito di quelli già individuati con la deliberazione GR 772/2007.

### **3. IL RUOLO DEL SOGGETTO ISTITUZIONALE COMPETENTE PER AMBITO TERRITORIALE ALLA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO**

L'articolo 38 della legge 2/2003 e successive modificazioni ha previsto che all'accreditamento "provvedono i Comuni referenti per l'ambito distrettuale"; l'art. 23 della l.r. 4/2008 ribadisce che l'accreditamento è concesso dai "soggetti istituzionali competenti per l'ambito distrettuale".

L'accreditamento ha dunque una valenza "distrettuale" e si muove nel rispetto dei presupposti e dei vincoli adottati dalla programmazione esercitata e valevole in tale ambito.

E' dunque l'organismo competente in materia socio-sanitaria e sociale per l'ambito distrettuale (il Comitato di distretto, l'Organismo competente per la forma associativa o il singolo Comune) che effettua le valutazioni fondamentali di tipo discrezionale preordinate all'accreditamento dei servizi e delle strutture socio-sanitari e che compie, avvalendosi dei soggetti pubblici e privati che sono coinvolti nella programmazione e nella definizione degli assetti gestionali, le necessarie letture sulla situazione attuale dei servizi, anche in riferimento alla frammentazione gestionale ed alla necessità di individuare assetti idonei e coerenti con il percorso dell'accreditamento.

I relativi provvedimenti devono essere poi formalmente posti in essere dai soggetti, dotati di personalità giuridica e della possibilità di esercitare funzioni amministrative, capaci di esprimere all'esterno le valutazioni compiute in sede di ambito distrettuale.

Occorre pertanto individuare quale sia il soggetto istituzionalmente competente che provvede all'accreditamento per conto delle esigenze dell'ambito distrettuale e per fare ciò bisogna aver riguardo a quanto stabilito dal Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010, approvato con Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, che – sulla base di quanto disposto dall'art. 7 della l.r. 4/2008 - prevede che i soggetti istituzionali competenti per l'ambito distrettuale sono quelli individuati in ogni territorio per l'esercizio delle funzioni di programmazione e committenza tra le seguenti Istituzioni:

- il Comune capofila individuato dai Comuni dell'ambito distrettuale per mezzo di una convenzione stipulata ai sensi dell'art.30 del T.U. Dlgs 267/2000;
- una delle forme associative, costituite per l'ambito distrettuale e dotate di personalità giuridica, disciplinate dalla normativa vigente (il Capo V del Titolo II del Testo unico sugli enti locali contenuto nel D.Lgs 267/2000, la l.r. 11/2001 e da ultimo la l.r. 10/2008);
- il Comune, qualora il territorio comunale coincida con l'ambito distrettuale.

Al fine di provvedere all'accreditamento dei servizi che rispondono ad esigenze di un ambito sovradistrettuale:

- l'organismo competente in materia socio-sanitaria per l'ambito distrettuale, così come sopra definito, nel quale ha sede il servizio, acquisisce preventivamente le valutazioni

preordinate all'accREDITAMENTO del medesimo servizio da parte degli organismi competenti degli altri ambiti distrettuali interessati;

- il soggetto istituzionale competente, individuato nelle forme sopra citate, svolge di conseguenza le procedure preordinate all'accREDITAMENTO, tenendo conto delle esigenze manifestate anche da altri ambiti distrettuali e di quanto rappresentato dai rispettivi organismi di riferimento.

Il soggetto istituzionale competente provvede alla concessione dell'accREDITAMENTO nel rispetto delle procedure disciplinate ai successivi punti 5, 6 e 7 e garantendo criteri di non discriminazione, pubblicità, trasparenza, nonché assicurando la comunicazione pubblica delle procedure.

Pertanto:

- il percorso decisionale, e per l'accREDITAMENTO provvisorio anche l'intenzione di accREDITARE, deve garantire adeguate forme di comunicazione ai diversi soggetti interessati;
- le decisioni finali devono essere motivate e nell'ambito del procedimento amministrativo relativo all'accREDITAMENTO occorre garantire l'applicazione degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente per i soggetti interessati al procedimento;
- nella procedura deve essere assicurata imparzialità di valutazione e la piena parità di trattamento rispetto ai criteri di valutazione predeterminati, con particolare riguardo all'accREDITAMENTO provvisorio quando risulta necessario effettuare una selezione tra più aspiranti all'accREDITAMENTO del servizio;
- le procedure di accREDITAMENTO provvisorio dei servizi devono garantire che le domande presentate dai soggetti gestori siano basate sulla preventiva conoscenza degli schemi di contratto di servizio da stipularsi successivamente per la regolamentazione del rapporto di accREDITAMENTO. In particolare, dovranno essere predeterminati ed adeguatamente evidenziati le condizioni particolari e gli eventuali impegni ed oneri economici richiesti al soggetto gestore nella fornitura dei servizi strumentali e di supporto ed eventualmente nell'uso dell'immobile ove si svolge il servizio, laddove questo venga messo a disposizione da parte di un ente pubblico.

Il soggetto istituzionale competente organizza lo svolgimento della funzione amministrativa in materia di accREDITAMENTO in conformità al proprio Statuto ed alla propria organizzazione assicurando:

- la comunicazione alla Regione del responsabile del procedimento amministrativo, delle modalità di presentazione delle domande e dei provvedimenti di accREDITAMENTO;
- nel caso di gestione diretta di servizi, la individuazione di una responsabilità tecnica del procedimento amministrativo relativa all'accREDITAMENTO diversa da quella del/i responsabile/i della gestione dei servizi.

Al fine di assicurare la necessaria comunicazione pubblica, su apposito sito web predisposto a cura di ogni soggetto istituzionalmente competente è data adeguata informazione sulle attività poste in essere dalle rispettive Istituzioni per quanto riguarda le attività di accREDITAMENTO dei servizi, con particolare riferimento:

- alle informazioni relative al soggetto istituzionalmente competente per ogni ambito territoriale;
- al responsabile del procedimento individuato da ogni soggetto istituzionalmente competente;
- ai provvedimenti di concessione dell'accreditamento;
- per quanto attiene in particolare all'accreditamento provvisorio, alle manifestazioni di volontà assunte al fine dell'attivazione di nuovi rapporti per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie.

Al fine di assicurare la necessaria trasparenza, la Regione garantisce, di concerto con i Soggetti istituzionalmente competenti, la disponibilità e la possibilità di consultare nel sito web regionale le informazioni ed i dati relativi ai servizi ed ai soggetti gestori accreditati.

Nel caso in cui, in un ambito distrettuale, muti il soggetto istituzionale competente alla concessione dell'accreditamento, nelle relative funzioni deve essere comunque assicurata la continuità della funzione amministrativa.

#### **4. IL RUOLO DELL'ORGANISMO TECNICO DI AMBITO PROVINCIALE**

L'organismo tecnico di ambito provinciale è il soggetto che, ferme restando le valutazioni effettuate esclusivamente dagli Organismi di cui al punto 3 in ordine al fabbisogno dei servizi ed alla coerenza con la programmazione, svolge i compiti tecnici di verifica in merito al rispetto dei requisiti valevoli per la concessione dell'accreditamento.

Occorre pertanto distinguere le funzioni proprie dell'Organismo tecnico di ambito provinciale, come sopra definite, da quelle proprie dell'Ufficio di Piano di cui al punto 3.1.1 della deliberazione dell'Assemblea Legislativa 175/2008 recante il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 (di seguito denominato anche più brevemente Ufficio di Piano o UDP), funzioni che sono svolte relativamente alla verifica della coerenza dei servizi e delle strutture da accreditare con la programmazione territoriale.

Il ruolo di tale organismo è stato previsto dal comma 4 dell'art 38 della L.R. 2/2003, con il quale viene sancito che l'accreditamento è rilasciato nell'ambito del fabbisogno di servizi indicato dalla programmazione regionale e territoriale, *“acquisito il parere di un apposito organismo tecnico di ambito provinciale, la cui composizione e modalità di funzionamento sono stabilite con il provvedimento di cui al comma 3.”*

A sua volta la deliberazione di Giunta regionale n. 772/2007 ha previsto il rinvio ad ulteriori provvedimenti attuativi del sistema di accreditamento, comprensivi anche della definizione dell'organismo tecnico di ambito provinciale.

Con il presente provvedimento, pertanto, vengono fissati i principi fondamentali che attengono alla composizione ed al funzionamento dell'organismo tecnico di ambito provinciale, rinviando ad un successivo provvedimento della Giunta regionale la definizione di ulteriori aspetti attuativi.



## 4.1 FUNZIONI

All'organismo tecnico di ambito provinciale spettano le funzioni di:

- a) istruttoria tecnica di verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo;
- b) monitoraggio e vigilanza sul mantenimento dei requisiti previsti per l'accreditamento transitorio, provvisorio e definitivo.

L'organismo tecnico provinciale svolge le proprie funzioni mediante articolazioni distrettuali ed assicurando che a livello provinciale venga mantenuto il coordinamento, il monitoraggio e l'omogeneizzazione del sistema di applicazione e verifica dei requisiti.

## 4.2 COMPOSIZIONE E NOMINA

L'attività dell'organismo tecnico è svolta assicurando l'assenza di conflitti di interessi nello svolgimento operativo delle proprie funzioni istruttorie e di vigilanza ed in particolare la non partecipazione alle attività da parte dei tecnici, pubblici o privati, in servizi nei quali svolgono personalmente ruoli gestionali.

Per le stesse motivazioni, l'organismo tecnico di ambito provinciale è composto da tecnici esperti nella gestione dei servizi sociosanitari di soggetti gestori pubblici e privati e delle AUSL in numero adeguato alla articolazione del territorio ed al numero di servizi da accreditare, e può prevedere la collaborazione, l'utilizzazione e lo scambio con figure tecniche che operano anche in territori limitrofi.

Con deliberazione della Giunta regionale sono in particolare individuate:

- le competenze e le esperienze professionali necessarie per poter essere individuato come esperto e quindi partecipare al percorso formativo;
- le professionalità che debbono essere presenti sia a livello di ambito provinciale che distrettuale;
- i contenuti del percorso formativo e le modalità di aggiornamento.

L'Ufficio di Presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, previo coinvolgimento dei Presidenti dei Comitati di distretto che eventualmente non ne facciano parte e dei soggetti privati che gestiscono strutture e servizi nel territorio di riferimento, individua un gruppo di esperti che propone alla Provincia per l'adozione dell'atto formale di nomina dell'organismo. In ogni caso, nella composizione dell'Organismo tecnico e delle sue articolazioni distrettuali deve essere garantita la maggioranza dei componenti esperti appartenenti ai soggetti pubblici.

La Regione, attraverso l'Agenzia regionale sociale e sanitaria, promuove un percorso di formazione e accompagnamento degli esperti che partecipano all'organismo tecnico di ambito provinciale ed alle sue articolazioni di ambito distrettuale.

Il percorso di formazione è requisito indispensabile per esercitare le funzioni di esperto nell'ambito dell'organismo tecnico a tutti i livelli.

## 4.3 FUNZIONAMENTO DELL'ORGANISMO

I criteri per il funzionamento dell'Organismo tecnico sono definiti con una successiva deliberazione della Giunta Regionale nel rispetto dei seguenti principi:

- assicurare che la responsabilità del coordinamento dell'organismo tecnico, in tutti i suoi livelli di funzionamento, venga garantita da uno degli esperti degli enti pubblici;
- prevedere l'integrazione delle attività di verifica dell'organismo tecnico in merito all'accreditamento con le attività di monitoraggio, accompagnamento e controllo svolte dal soggetto pubblico che sottoscrive il contratto di servizio quale espressione della funzione di committenza, garantendo l'opportuno coinvolgimento informativo dell'Ufficio di Piano;
- prevedere che la partecipazione all'organismo tecnico rientra, anche relativamente ai componenti espressione di soggetti privati, nell'ambito dei compiti istituzionali ed aziendali e che per tale attività non sono da prevedersi compensi;
- prevedere una dotazione adeguata di esperti in modo da garantire la operatività su base distrettuale dell'organismo tecnico;
- prevedere la conclusione dell'istruttoria con un verbale da trasmettere al soggetto istituzionale competente;
- prevedere un regolamento per il funzionamento dell'organismo con la previsione anche di una organizzazione amministrativa di supporto.

#### **4.4 FASE DI PRIMA ATTUAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO**

Sino alla costituzione dell'organismo tecnico, la funzione istruttoria è assicurata:

- per l'accreditamento transitorio, dall'Ufficio di Piano, che la esercita attraverso una verifica documentale;
- per l'accreditamento provvisorio, dall'Ufficio di Piano che si avvale a tal fine dei tecnici della Commissione istituita ai sensi della DGR 564/2000, nel rispetto del principio dell'assenza di conflitto di interessi.

Similmente, sino alla costituzione dell'organismo tecnico, la funzione di vigilanza sul mantenimento dei requisiti previsti per l'accreditamento è assicurata dall'Ufficio di Piano, che si avvale dei tecnici della Commissione istituita ai sensi della DGR 564/2000, nel rispetto del principio dell'assenza di conflitto di interessi.

### **5. DISCIPLINA DELL'ACCREDITAMENTO DEFINITIVO**

#### **5.1 AMBITO DI APPLICAZIONE**

L'accreditamento definitivo può essere concesso per i servizi già accreditati in via transitoria o provvisoria, nonché per i servizi già accreditati definitivamente in sede di primo ed unico rinnovo. Pertanto, possono presentare domanda di accreditamento definitivo i soggetti gestori dei relativi servizi che sono stati accreditati transitoriamente o provvisoriamente o definitivamente ai sensi della normativa regionale.

Il soggetto istituzionale competente alla concessione dell'accreditamento di cui al punto 3 provvede alle procedure di accreditamento definitivo prioritariamente nei confronti dei servizi transitoriamente accreditati.

Nel caso in cui l'accreditamento transitorio di un servizio sia stato rilasciato, in presenza di forme organizzative miste ed ai sensi di quanto disposto dal punto 6, congiuntamente in

favore di più soggetti che intervengono nella gestione e nella erogazione del medesimo servizio, la domanda di accreditamento definitivo deve essere presentata dal soggetto gestore individuato come unico soggetto responsabile della gestione unitaria e complessiva del servizio nel programma di adeguamento di cui al successivo punto 6 e nel rispetto delle forme previste dall'allegato A.

## **5.2 REQUISITI E CONDIZIONI**

I requisiti ed i criteri per ottenere l'accreditamento definitivo per i servizi indicati nel punto 2.1 sono quelli previsti nell'allegato D al presente documento (Requisiti per l'accreditamento definitivo).

Tali requisiti debbono risultare presenti nell'erogazione dei servizi accreditati definitivamente e pienamente dimostrabili pertanto dai soggetti gestori dei servizi a decorrere dalla concessione dell'accreditamento definitivo.

In particolare, il soggetto gestore dei servizi accreditati definitivamente è tenuto ad assicurare che le attività assistenziali e di cura (comprendenti dell'assistenza infermieristica e riabilitativa per i servizi semiresidenziali e residenziali) siano organizzate, gestite e svolte in modo unitario e integrato assicurandone la esclusiva e completa responsabilità, garantendo altresì che l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri e di supporto, in qualsiasi forma prodotti, sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere complessivo dell'utente.

Le modalità e le forme con le quali può essere assicurata, in sede di accreditamento definitivo, la responsabilità gestionale unitaria sono in particolare quelle individuate nell'allegato A, punti 1.1 e 1.2, al presente documento.

## **5.3 PROCEDURE PER LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO DEFINITIVO**

### **5.3.1 Presentazione delle domande e tempi per la concessione**

I soggetti gestori dei servizi accreditati transitoriamente possono presentare domanda di accreditamento definitivo ai soggetti istituzionali competenti per l'ambito distrettuale di cui al punto 3 entro tre mesi dalla scadenza del provvedimento di accreditamento transitorio.

I soggetti gestori dei servizi accreditati provvisoriamente possono presentare domanda di accreditamento definitivo negli ultimi tre mesi del periodo di validità dell'accreditamento provvisorio. In ogni caso l'accreditamento definitivo è concesso dopo un periodo di almeno sei mesi di accreditamento provvisorio.

La concessione o il diniego dell'accreditamento definitivo deve avvenire entro 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. Sino al momento del rilascio e/o del diniego dell'accreditamento definitivo, il rapporto prosegue con le modalità dell'accreditamento transitorio o provvisorio e con le condizioni ad esso applicabili.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- a) attestazione del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento definitivo;
- b) dichiarazione di accettazione del sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni, che sarà definito dalla Regione Emilia-Romagna in attuazione dell'art. 23 della l.r. 4/2008;
- c) per i servizi accreditati transitoriamente, attestazione della completa realizzazione del percorso di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio previsto al successivo punto 6 e di cui all'allegato A, punto 1.3;
- d) idonea attestazione della garanzia della responsabilità gestionale unitaria ed in particolare della gestione dei servizi in modo unitario, integrato e complessivo delle attività assistenziali e di cura (comprendente dell'assistenza infermieristica e riabilitativa per i servizi semiresidenziali e residenziali), mediante individuazione di una delle forme previste dall'allegato A, punto 1.2, e dei relativi schemi contrattuali inerenti i rapporti di servizio;
- e) documentazione che attesti l'assenza delle cause di esclusione dalla capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione, di cui all'art. 38 del d.lgs. 163/2006 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con successiva determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali, la Regione individua uno schema tipo di riferimento valevole per la domanda di accreditamento definitivo.

### **5.3.2 Verifica della coerenza programmatica e del possesso dei requisiti**

A seguito della presentazione della domanda di accreditamento definitivo, il soggetto istituzionale competente, sulla base dell'istruttoria e delle valutazioni effettuate dell'Ufficio di Piano, verifica ed attesta la coerenza della proposta di accreditamento definitivo con il fabbisogno indicato nella programmazione territoriale contenuta nel Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale.

Verificata la coerenza programmatica, l'organismo tecnico di ambito provinciale di cui al punto 4 svolge l'istruttoria tecnica sul rispetto dei requisiti previsti nonché sui positivi risultati dell'attività svolta, erogata e percepita, per i servizi già accreditati transitoriamente o provvisoriamente.

Per i servizi transitoriamente accreditati, il monitoraggio e la verifica dell'avvenuta riorganizzazione e della realizzazione del programma di adeguamento che garantisca l'assunzione della responsabilità gestionale unitaria alle condizioni e nelle forme indicate all'allegato A, viene svolta dall'Ufficio di Piano.



### **5.3.3. Concessione dell'accREDITamento definitivo**

L'accREDITamento definitivo è rilasciato dal soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale.

L'atto di rilascio dell'accREDITamento definitivo indica la struttura o il servizio accREDITato e il soggetto in favore del quale è rilasciato l'accREDITamento per la gestione di tale servizio o struttura.

Il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale, oltre a quanto già indicato al precedente punto 3, assicura l'aggiornamento dell'elenco di servizi accREDITati definitivamente e dei relativi gestori per ogni tipologia di servizio.

Al fine di semplificare le procedure e garantire omogeneità di applicazione in ambito regionale, la Regione Emilia-Romagna definisce, con determinazione del Direttore generale Sanità e politiche sociali, uno schema-tipo, di carattere non vincolante, valevole per il rilascio dell'accREDITamento definitivo.

### **5.3.4 Durata e rinnovo**

Nel provvedimento di accREDITamento definitivo è indicata la decorrenza e la validità dello stesso, al massimo di durata quinquennale, fatte salve diverse valutazioni del soggetto istituzionale competente che comunque dovranno prevedere un durata minima triennale.

Il rinnovo dell'accREDITamento definitivo può essere concesso per una sola volta dal soggetto istituzionalmente competente sulla base di una domanda presentata dal soggetto gestore del servizio accREDITato entro sei mesi dal termine della scadenza del provvedimento di accREDITamento.

Il rinnovo viene concesso previa verifica, con le modalità di cui al punto 5.3.2, del mantenimento della coerenza programmatica, dei requisiti nonché dei positivi risultati dell'attività svolta, erogata e percepita.

Nel caso in cui alla prima scadenza dell'accREDITamento definitivo, si dia luogo a mutamenti della forma gestionale ed organizzativa od intervengano cambiamenti sul soggetto gestore del servizio accREDITato, si procede con le modalità previste per l'accREDITamento provvisorio di cui al punto 7.

Nell'ipotesi in cui siano stati previsti e stipulati, per la gestione dei servizi, piani di ammortamento e rapporti finanziari la cui durata superi il periodo dell'accREDITamento e del suo rinnovo, il soggetto istituzionale competente può motivatamente e specificatamente prevedere che l'accREDITamento venga rilasciato per una durata più lunga, comunque non superiore alla durata del contratto stesso e fino ad un massimo di trenta anni.

### **5.3.5 Decadenza e revoca**

L'accREDITamento definitivo può essere temporaneamente sospeso o definitivamente revocato con motivato provvedimento dallo stesso soggetto competente al rilascio, sulla base della valutazione dell'Organismo tecnico di ambito provinciale di cui al punto 4, nei seguenti casi:

- venir meno dei requisiti previsti per la concessione dell'accREDITamento;

- gravi e/o ripetute inadempienze degli obblighi assunti con il contratto di servizio;
- mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro.

Le cause di sospensione e/o revoca dell'accreditamento sono specificatamente individuate nel provvedimento di concessione di cui al punto 5.3.3 e vengono riportate ed integrate nel contratto di servizio di cui al punto 8.

Nei casi sopra previsti, l'adozione dei provvedimenti di sospensione e di revoca dell'accreditamento dovrà essere necessariamente preceduta, salvo che il venir meno dei requisiti e delle condizioni previste non pregiudichi la sicurezza degli assistiti e dei lavoratori, da una diffida emanata dal soggetto competente e contenente la prescrizione a provvedere, entro un congruo termine, ai necessari adeguamenti.

#### **5.4 SISTEMA DI REMUNERAZIONE**

Il sistema omogeneo di tariffe valevoli per la remunerazione dei servizi e delle strutture definitivamente accreditate saranno definite con successivo provvedimento della Giunta regionale in attuazione della legislazione vigente.

#### **5.5 ACCOMPAGNAMENTO, MONITORAGGIO E QUALITA' DEL SERVIZIO**

Durante il periodo di validità dell'accreditamento definitivo l'attività di monitoraggio, vigilanza e controllo è assicurata, con un approccio di promozione e collaborazione al fine del miglioramento della qualità del servizio, attraverso diversi strumenti:

- relazione annuale, predisposta dal soggetto gestore di ogni servizio, che evidenzia gli obiettivi raggiunti e la valutazione del posizionamento del servizio rispetto ad alcuni indicatori di risultato, individuati come base minima a livello regionale;
- verifiche (almeno due nel periodo del quinquennio ed almeno una nel triennio) dell'organismo tecnico articolato su base distrettuale;
- sistema di rilevazione e valutazione dei reclami, degli eventi avversi e/o degli incidenti e di eventuali risultanze di inappropriatezza dell'attività svolta desunte dai sistemi di monitoraggio delle attività.

Le attività di monitoraggio e vigilanza in merito all'accreditamento sono svolte in modo integrato e coordinato con le attività di monitoraggio e verifica assicurate dal/i soggetto/i sottoscrittore/i dei contratti di servizio, assicurando la collaborazione e lo scambio di informazioni con gli organismi tecnici che esercitano la vigilanza prevista dalla normativa sull'autorizzazione al funzionamento.

L'attività di monitoraggio e vigilanza può essere svolta in qualsiasi momento durante il periodo di validità dell'accreditamento.

### **6. DISCIPLINA DELL'ACCREDITAMENTO TRANSITORIO**

#### **6.1 AMBITO DI APPLICAZIONE**

L'accreditamento transitorio può essere concesso per l'erogazione e la gestione dei servizi



socio-sanitari, pubblici o privati, individuati nelle tipologie di cui al precedente punto 2, per i quali alla data di pubblicazione della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio sul Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna siano in essere rapporti (quali convenzioni, contratti di appalti di servizio, concessioni di servizio, altre tipologie di accordi per l'esecuzione dei servizi) con il Servizio sanitario regionale, con gli Enti locali e con le Aziende di servizio alla persona, nonché per i servizi per i quali verranno instaurati rapporti con il Servizio sanitario regionale, con gli Enti Locali e con le Aziende di servizio alla persona a seguito di procedure di gara già attivate alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio.

Nell'ambito di applicazione di cui al presente punto, sono ricompresi i rapporti già instaurati tra soggetti gestori dei servizi socio-sanitari ed il Servizio sanitario regionale, gli Enti locali e le Aziende di servizio alla persona ed ancora in essere alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio per effetto di proroghe e/o rinnovi adottati anche in coerenza con quanto previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 772/2007 ed espressamente esercitati da parte delle Amministrazioni competenti.

Per quanto riguarda i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili elencati al precedente punto 2 (casa-residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno assistenziale per anziani, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili), l'accreditamento transitorio può essere concesso esclusivamente per i servizi che abbiano rapporti in essere con il Servizio Sanitario regionale, in base alle normative regionali vigenti, alla data di pubblicazione della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio.

## 6.2 REQUISITI E CONDIZIONI

Al fine del rilascio dell'accreditamento transitorio, ai sensi di quanto disposto dai commi 1 e 2 dell'art. 23 della l.r. 4/2008, è necessario che:

a) il servizio per il quale si richiede l'accreditamento transitorio sia in possesso di autorizzazione al funzionamento, in corso di validità, rilasciata dalla autorità competente, anche a seguito della presentazione di un progetto contenente la definizione dei tempi necessari per assicurare il rispetto pieno dei requisiti strutturali previsti dalla normativa vigente. Per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, per poter essere accreditate come casa-residenza per anziani non autosufficienti è necessaria l'autorizzazione al funzionamento come casa protetta o RSA.

La condizione di cui alla presente lettera non è necessaria per il servizio di assistenza domiciliare e per altri servizi che eventualmente verranno individuati con atti successivi integrando l'elenco di cui al punto 2 per i quali la normativa regionale non abbia individuato i requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento;

b) venga verificata, con le modalità previste nel successivo punto 6.3.2, la permanenza della necessità e della coerenza del servizio rispetto al fabbisogno indicato nella programmazione territoriale;

c) sia assicurata l'organizzazione, la gestione e lo svolgimento delle attività assistenziali e di cura (comprehensive dell'assistenza infermieristica e riabilitativa per i servizi semiresidenziali e residenziali) in modo unitario e integrato con individuazione di una esclusiva e completa responsabilità, garantendo altresì che l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri e di supporto, in qualsiasi forma prodotti, sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere complessivo dell'utente o venga altresì presentato, secondo le modalità indicate nel presente provvedimento, un programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio o dei servizi per il quale si chiede l'accreditamento al fine di pervenire, al momento della cessazione dell'accreditamento transitorio, alla responsabilità gestionale unitaria e complessiva ed al superamento della frammentazione nella erogazione dei servizi alla persona.

Inoltre, in relazione alla specifica tipologia di servizio per la quale si richiede l'accreditamento transitorio, devono essere assicurate le seguenti condizioni:

d) per l'assistenza domiciliare devono essere garantiti i requisiti indicati nell'allegato B al presente provvedimento che sostituisce, relativamente alla qualificazione del personale, quanto indicato nella Deliberazione della Giunta regionale n. 1206/2007;

e) per la casa/residenza per anziani non autosufficienti (ex Casa protetta/RSA) e per il centro diurno assistenziale per anziani devono essere garantiti i requisiti indicati nella Deliberazione della Giunta regionale n. 1378/1979 e successive modificazioni ed integrazioni e la valutazione semestrale degli ospiti sulla base della Determinazione del Direttore generale Politiche sociali dell'11 agosto 1999, n. 7108;

f) per il centro socio-riabilitativo diurno ed il centro socio-riabilitativo residenziale per disabili devono essere garantiti i requisiti previsti dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 564/2000, come più dettagliatamente precisato nell'allegato C al presente provvedimento ed assicurata la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti sulla base di un apposito strumento tecnico da individuarsi con successiva determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali;

g) il personale assistenziale di base deve essere in possesso della qualifica di OSS o di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico all'assistenza per almeno il 40% (e comunque almeno il 30% deve essere in possesso della qualifica di OSS) per l'assistenza domiciliare, per almeno il 50% (e comunque almeno il 40% deve essere in possesso della qualifica di OSS) per gli altri servizi.

A partire dal 1° gennaio 2010 le percentuali di cui in precedenza passano al 50 % (e comunque almeno il 40% deve essere in possesso della qualifica di OSS) per l'assistenza domiciliare, e al 60% (e comunque almeno il 50% deve essere in possesso della qualifica di OSS) per gli altri servizi.

A partire dal 1 gennaio 2011 le percentuali di cui in precedenza passano per tutti i servizi al 75% e comunque almeno il 65% deve essere in possesso della qualifica di OSS.

A partire dal 1 gennaio 2012 le percentuali di cui in precedenza sono elevate rispettivamente all'80 ed al 70%.

Entro il 31.12.2013 le percentuali di cui in precedenza sono elevate rispettivamente all'85 ed all'80%.

Per l'assistenza domiciliare le percentuali di cui sopra possono essere ridotte per i servizi operanti in ambiti distrettuali di piccole dimensioni e/o montani, in relazione alla ridotta numerosità degli operatori. In ogni caso deve essere assicurato un percorso che consenta di giungere al termine del periodo dell'accreditamento transitorio con la dotazione di operatori con qualifica previsto. In tale percorso, ovviamente, non è consentito ridurre la percentuale di OSS con qualifica presenti al momento del rilascio dell'accreditamento transitorio.

Inoltre, deve essere assicurato un programma che preveda dall'avvio dell'accreditamento transitorio la partecipazione a percorsi di formazione sul lavoro per l'acquisizione della qualifica di OSS di tutto il personale in servizio addetto all'assistenza di base privo di ogni qualifica.

h) al personale in servizio deve essere assicurato il trattamento previsto dalla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa di lavoro e la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

### **6.3 PROCEDURE PER LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO TRANSITORIO**

#### **6.3.1 Presentazione della domanda e tempi per la concessione**

Possono presentare domanda di accreditamento transitorio i soggetti gestori dei servizi socio-sanitari che ricadano nell'ambito di applicazione disciplinato al precedente punto 6.1 e che dimostrino il possesso dei requisiti e delle condizioni di cui al punto 6.2.

In considerazione di quanto disposto dall'art. 23, comma 3, della l.r. 4/2008, il termine entro il quale possono essere rilasciati provvedimenti di accreditamento transitorio è stabilito al 31 dicembre 2010.

Pertanto, al fine di garantire adeguati tempi di svolgimento dell'istruttoria, la richiesta di accreditamento transitorio può essere presentata dal soggetto e/o dai soggetti gestori del servizio ai soggetti istituzionali competenti per l'ambito distrettuale a partire dalla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio sino a 3 mesi prima di tale scadenza e quindi sino al 30 settembre 2010.

Nel caso in cui la gestione dei servizi venga attualmente assicurata da più soggetti, la richiesta di accreditamento transitorio può essere presentata congiuntamente dai diversi soggetti gestori per il servizio stesso, purchè provvedano a sottoscrivere il programma di adeguamento di cui alla successiva lettera g).

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

a) autorizzazione al funzionamento per il servizio per il quale si richiede l'accreditamento transitorio, se prevista dalla normativa vigente;



b) dichiarazione di accettazione del sistema di remunerazione delle prestazioni sulla base delle tariffe predeterminate di cui al successivo punto 6.5;

c) per l'assistenza domiciliare per anziani e disabili, autocertificazione con allegata relazione tecnico-gestionale che attesti il rispetto delle condizioni previste al precedente punto 6.2, lettera d);

d) per il centro diurno per anziani e la casa-residenza per anziani non autosufficienti autocertificazione che attesti il rispetto dei requisiti previsti dalla DGR 1378/1999 e successive modificazioni e integrazioni;

e) per il centro socio-riabilitativo diurno e il centro socio-riabilitativo residenziale per disabili autocertificazione che attesti il rispetto dei requisiti previsti dalla DGR 564/2000, come precisato nell'allegato C al presente provvedimento;

f) l'indicazione delle forme dei rapporti già in essere e delle modalità di esercizio dei servizi di cui al punto 6.1, che legittimano – unitamente alle altre condizioni previste dal presente provvedimento - il rilascio dell'accreditamento transitorio;

g) programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio o dei servizi per il quale si chiede l'accreditamento transitorio al fine di pervenire, al momento della cessazione dell'accreditamento transitorio, alla responsabilità gestionale unitaria e complessiva ed al superamento della frammentazione nella erogazione dei servizi alla persona.

Il programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio deve rispettare le condizioni indicate nell'allegato A e deve essere finalizzato in particolare a realizzare una delle forme di cui al punto 1.2 dell'allegato medesimo, prevedendo altresì il coordinamento con i servizi di supporto all'attività istituzionale e l'adeguamento degli schemi contrattuali in vista del raggiungimento delle finalità dell'accreditamento definitivo.

A tal fine, il programma di adeguamento e superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi potrà anche prevedere il ricorso da parte dei soggetti privati che in precedenza già intervenivano nell'erogazione dei servizi alle formule giuridiche ammissibili secondo l'ordinamento (quali ad esempio le Associazioni temporanee di imprese, i Consorzi, ecc.) che garantiscano l'assunzione di una responsabilità gestionale unitaria, la creazione di un unico referente per il soggetto committente e relazioni stabili e coordinate, coerenti con le finalità dell'accreditamento.

Il soggetto istituzionale competente determina, in sede di rilascio dell'accreditamento transitorio, i casi ed i limiti nel rispetto dei quali il programma di adeguamento può essere eventualmente modificato e/o integrato nel corso del periodo relativo alla sua applicazione, con la finalità comunque di pervenire all'individuazione di un soggetto gestore in tempi congrui e idonei a garantire la concreta attuazione del programma di adeguamento e l'effettivo esercizio della responsabilità unitaria nella conduzione dei servizi nei tempi massimi previsti.

h) documentazione che attesta il rispetto delle percentuali di OSS con qualifica o di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico all'assistenza, il programma di partecipazione a

percorsi di formazione sul lavoro per l'acquisizione della qualifica di OSS di tutto il personale in servizio privo di ogni qualifica, il rispetto del trattamento previsto dal contratto collettivo di lavoro e della piena contribuzione previdenziale ed assicurativa, nel rispetto di quanto disposto dal precedente punto 6.2, lettere g) e h);

i) documentazione che attesti l'assenza delle cause di esclusione dalla capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione, di cui all'art. 38 del d.lgs. 163/2006 e successive modificazioni ed integrazioni.

### **6.3.2 Verifica della coerenza programmatica e della sussistenza dei requisiti e delle condizioni previste per l'accreditamento transitorio**

Il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale, sulla base delle valutazioni dell'Ufficio di Piano, verifica ed attesta la permanenza della coerenza con il fabbisogno indicato nella programmazione territoriale contenuta nel Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale del servizio o delle strutture per le quali è richiesto l'accreditamento transitorio.

L'ufficio di Piano svolge altresì la verifica tecnica sulla sussistenza dei presupposti, della documentazione, dei requisiti e delle condizioni di cui ai punti 6.1, 6.2 e 6.3.1 e procede in particolare alla valutazione del programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio, anche con riferimento alle sue fasi intermedie di realizzazione.

L'Ufficio di Piano svolge in particolare compiti di verifica in merito all'effettivo rispetto dei requisiti previsti dai punti precedenti, che vengono documentati e/o autocertificati da parte del soggetto gestore.

Per l'istruttoria e la verifica sui requisiti tecnici previsti per l'accreditamento transitorio, l'Ufficio di Piano, sino alla costituzione dell'Organismo tecnico di ambito provinciale, si avvale anche delle competenze tecniche e professionali presenti nei Comuni, nelle Aziende di Servizio alla Persona e nelle AUSL, nel rispetto dei principi e delle indicazioni in precedenza individuate per la composizione dell'organismo tecnico di ambito provinciale.

### **6.3.3 Rilascio dell'accreditamento transitorio**

La concessione o il diniego dell'accreditamento transitorio deve avvenire da parte del soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale entro 3 mesi dalla data di presentazione della domanda.

L'atto di rilascio dell'accreditamento transitorio indica la struttura o il servizio accreditato transitoriamente ed il soggetto gestore in favore del quale è rilasciato l'accreditamento per la gestione di tale servizio o struttura.

In presenza di forme organizzative miste che vedono attualmente la congiunta fornitura dei fattori produttivi relativi all'attività assistenziale e di cura da parte di più soggetti e di conseguente domanda di accreditamento transitorio presentata per la stessa struttura o servizio da più soggetti, l'accreditamento può essere transitoriamente concesso ai soggetti richiedenti, precisando che entro il termine previsto dal programma di adeguamento

dell'organizzazione e della gestione del servizio deve essere assicurata l'individuazione di un unico soggetto gestore responsabile della gestione unitaria e complessiva del servizio o della struttura accreditata transitoriamente secondo le modalità ed alle condizioni previste dall'allegato A al presente provvedimento.

Il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale, oltre a quanto già indicato al precedente punto 3, assicura l'aggiornamento dell'elenco di servizi accreditati transitoriamente e dei relativi gestori per ogni tipologia di servizio.

Al fine di semplificare le procedure e garantire omogeneità di applicazione, la Regione predispone uno schema-tipo, di carattere non vincolante, valevole per il rilascio dell'accREDITAMENTO transitorio, approvato con determina del Direttore generale Sanità e politiche sociali.

#### **6.3.4 Durata**

Nel provvedimento di accREDITAMENTO transitorio è indicata la decorrenza e la durata dello stesso.

La durata del rapporto di accREDITAMENTO transitorio, necessaria per la realizzazione del programma di adeguamento finalizzato ad assicurare le condizioni di responsabilità gestionale unitaria e complessiva nell'erogazione dei servizi, non potrà comunque essere superiore al periodo entro il quale deve avvenire la trasformazione dei provvedimenti di accREDITAMENTO transitorio in accREDITAMENTI definitivi e quindi al 31 dicembre 2013.

Entro la scadenza del provvedimento di accREDITAMENTO transitorio, dovrà pertanto essere presentata, a pena di decadenza, la domanda di rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo, secondo i termini e le procedure previste al precedente punto 5.3.1.

Sino al momento del rilascio e/o del diniego dell'accREDITAMENTO definitivo, il rapporto prosegue con le modalità dell'accREDITAMENTO transitorio e con le condizioni ad esso applicabili.

#### **6.3.5 Decadenza e revoca**

L'accREDITAMENTO transitorio può essere temporaneamente sospeso o definitivamente revocato con motivato provvedimento dallo stesso soggetto competente al rilascio, sulla base della valutazione dell'Organismo tecnico di ambito provinciale di cui al punto 4, nei seguenti casi:

- venir meno dei requisiti previsti per la concessione dell'accREDITAMENTO;
- gravi e/o ripetute inadempienze degli obblighi assunti con il contratto di servizio;
- mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro.

Le cause di sospensione e/o revoca dell'accREDITAMENTO sono specificatamente individuate nel provvedimento di concessione di cui al punto 6.3.3 e vengono riportate ed integrate nel contratto di servizio di cui al punto 8.



Nei casi sopra previsti, l'adozione dei provvedimenti di sospensione e di revoca dell'accreditamento dovrà essere necessariamente preceduta, salvo che il venir meno dei requisiti e delle condizioni previste non pregiudichi la sicurezza degli assistiti e dei lavoratori, da una diffida emanata dal soggetto competente e contenente la prescrizione a provvedere, entro un congruo termine, ai necessari adeguamenti.

#### **6.4 ADEGUAMENTO DEI RAPPORTI CONTRATTUALI**

A seguito della concessione dell'accreditamento transitorio, i contratti tra Enti Locali, Aziende sanitarie, Aziende di servizio alla persona ed i soggetti gestori dei servizi transitoriamente accreditati che hanno per oggetto la fornitura parziale o totale dei servizi di cui al punto 2 sono consensualmente adeguati e trasformati in contratti di servizio, come disciplinati al successivo punto 8, che definiscono le relazioni per il periodo coincidente con il regime dell'accreditamento transitorio per quanto riguarda la regolamentazione complessiva degli interventi, gli obiettivi e le caratteristiche quali-quantitative dei servizi da assicurare e il loro sistema di remunerazione.

I rapporti contrattuali vengono ridisciplinati anche in coerenza con quanto previsto dal programma di adeguamento di riorganizzazione e gestione al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi previsti nel medesimo programma.

#### **6.5 SISTEMA DI REMUNERAZIONE**

Il sistema omogeneo di tariffe vevoli per la remunerazione dei servizi e delle strutture transitoriamente accreditate saranno definite con successivo provvedimento della Giunta regionale in attuazione della legislazione vigente.

#### **6.6 ACCOMPAGNAMENTO, MONITORAGGIO E QUALITA' DEL SERVIZIO**

Durante il periodo di validità dell'accreditamento transitorio l'attività di monitoraggio, vigilanza e controllo è assicurata, con un approccio di promozione e collaborazione al fine del miglioramento della qualità del servizio, attraverso diversi strumenti:

- relazione annuale di ogni servizio che evidenzi gli obiettivi raggiunti e la valutazione del posizionamento del servizio rispetto al programma di adeguamento per il raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria;
- verifiche dell'Organismo tecnico e delle sue articolazioni distrettuali e, sino alla sua costituzione, dell'Ufficio di Piano, coadiuvato dalla Commissione istituita ai sensi della DGR 564/2000.

Le attività di monitoraggio e vigilanza in merito all'accreditamento sono svolte in modo integrato e coordinato con le attività di monitoraggio e verifica assicurate dal soggetto/i sottoscrittore/i dei contratti di servizio, assicurando la collaborazione e lo scambio di informazioni con gli organismi tecnici che assicurano la vigilanza prevista dalla normativa sull'autorizzazione al funzionamento.

L'attività di monitoraggio e vigilanza può essere svolta in qualsiasi momento durante il periodo di validità dell'accreditamento transitorio.

## **7. LA DISCIPLINA DELL'ACCREDITAMENTO PROVVISORIO**

### **7.1 AMBITO DI APPLICAZIONE**

Fatte salve le fattispecie che ricadono nella disciplina dell'accreditamento transitorio di cui al precedente punto 6, a decorrere dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna della deliberazione che determina il sistema omogeneo di tariffe per l'accreditamento transitorio e provvisorio, l'attivazione di nuovi rapporti di servizio pubblico necessari all'erogazione delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari indicati nel punto 2 avviene esclusivamente mediante l'accreditamento provvisorio.

### **7.2 FINALITA', REQUISITI E CONDIZIONI**

L'accreditamento provvisorio permette la realizzazione di un periodo nel quale il soggetto gestore del servizio provvisoriamente accreditato può dare concretamente prova del rispetto dei requisiti previsti e della capacità gestionale in vista dell'accreditamento definitivo del servizio.

Nella concessione dell'accreditamento provvisorio si applicano:

a) sino al 31 dicembre 2010, i requisiti, gli standard e le tariffe di riferimento valevoli per l'accreditamento transitorio e regolamentate ai sensi del precedente punto 6.

I soggetti gestori dei servizi accreditati provvisoriamente nel periodo di vigenza dell'accreditamento transitorio di cui alla presente lettera devono ottenere il provvedimento di accreditamento definitivo secondo le modalità previste nel punto 5 del presente provvedimento;

b) a partire dal 1° gennaio 2011, i requisiti, gli standard e le tariffe di riferimento valevoli per l'accreditamento definitivo.

In entrambi i casi di cui alle lettere a) e b), il soggetto gestore del servizio accreditato provvisoriamente deve comunque garantire che le attività assistenziali e di cura (comprehensive dell'assistenza infermieristica e riabilitativa per i servizi semiresidenziali e residenziali) siano organizzate, gestite e svolte in modo unitario e integrato assicurandone la esclusiva e completa responsabilità, garantendo altresì che l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri e di supporto, in qualsiasi forma prodotti, sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere complessivo dell'utente.

In particolare, l'accreditamento provvisorio può essere concesso unicamente qualora la responsabilità gestionale unitaria venga garantita sin da subito nelle forme di cui punto 1.2 dell'allegato A.

### **7.3 PROCEDURE PER LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO PROVVISORIO**

Il soggetto istituzionalmente competente per l'ambito distrettuale individua, previa istruttoria dell'Ufficio di Piano, il fabbisogno di accreditamento di strutture e/o servizi sulla base delle scelte programmatiche contenute nel Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e ne dà adeguata informazione ai soggetti interessati, assicurando il riconoscimento prioritario del ruolo delle strutture e dei soggetti gestori pubblici esistenti.

In relazione alla tipologia dei servizi da accreditare, il soggetto istituzionalmente competente per l'ambito distrettuale procede all'individuazione del soggetto gestore del servizio secondo due possibili modalità, previa adeguata motivazione e con predeterminazione dei criteri selettivi, garantendo in ogni caso il rispetto dei principi di trasparenza e pubblicità.

#### **7.3.1 Selezione dei soggetti gestori**

Ad iniziativa del soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale di cui al punto 3, viene formulato – mediante atto amministrativo generale od altro atto idoneo - ed adeguatamente pubblicizzato, un avviso che indica la tipologia del servizio da accreditare ed i requisiti richiesti per la gestione del servizio.

L'avviso contiene altresì le condizioni previste nel contratto di servizio da stipularsi ai sensi di quanto previsto dal punto 8 per la regolamentazione del rapporto di accreditamento e l'erogazione del servizio.

Entro il termine stabilito nel medesimo avviso, i soggetti che dimostrino interesse alla gestione del servizio da accreditare provvisoriamente presentano apposita manifestazione di interesse finalizzata ad ottenere un invito alla selezione ristretta per la gestione del servizio da accreditarsi provvisoriamente.

Il soggetto istituzionalmente competente, tramite l'Ufficio di Piano:

- effettua gli inviti in favore di almeno 5 soggetti che abbiano presentato manifestazione di interesse, qualora sussistano in tale numero soggetti qualificati che possono candidarsi alla gestione del servizio da accreditare in quanto in possesso di caratteristiche e capacità idonee a garantire una adeguata gestione del servizio;
- compie la selezione attraverso lo svolgimento di una gara informale, nel rispetto dei principi in materia di concessione di servizi. In tal caso, la selezione ristretta potrà osservare i sistemi ed i criteri di cui al d.p.c.m. 30 marzo 2001 recante l'“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di affidamento dei servizi alla persona”.

Nel caso in cui l'avviso pubblico non abbia dato luogo ad una pluralità di manifestazioni di interesse, il soggetto istituzionalmente competente procede attraverso un invito ed una trattativa diretta con un soggetto gestore appositamente individuato.

Il soggetto istituzionalmente competente per l'ambito distrettuale assicura nella selezione dei soggetti gestori dei servizi da accreditare quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 772/2007, tenendo conto del rispetto degli ulteriori canoni di valutazione dei soggetti gestori: trasparenza, socialità, radicamento territoriale, capacità organizzativa,



efficienza imprenditoriale, promozione della qualità del lavoro, applicazione della contrattazione di 1° e 2° livello, assicurando il pieno riconoscimento del ruolo e della rilevanza sociale della cooperazione sociale come previsto dall'art. 20 della L.R. 2/2003.

A tal fine i canoni di valutazione dei soggetti gestori sono appositamente predeterminati ed individuati nell'avviso generale e nell'invito alla partecipazione alla selezione ristretta.

I soggetti invitati presentano, nel rispetto dei termini fissati, la proposta di accreditamento provvisorio, allegando la documentazione indicata nell'invito, che dovrà prevedere almeno i seguenti contenuti:

- impegno ad ottenere l'autorizzazione al funzionamento o a subentrare nel caso di autorizzazione già esistente, assicurando, per il periodo dell'accREDITamento, gli interventi di manutenzione sui beni mobili ed immobili necessari. Tale condizione non è necessaria per il servizio di assistenza domiciliare e per altri servizi che eventualmente verranno individuati con atti successivi integrando l'elenco di cui al punto 2 del presente provvedimento, per i quali la normativa regionale non ha individuato i requisiti e gli standard per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, sino alla data di approvazione dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento;
- progetto gestionale attestante il rispetto dei requisiti previsti per l'accREDITamento transitorio sino al 31.12.2010;
- progetto gestionale e attestazione del rispetto dei requisiti per l'accREDITamento definitivo, per la documentazione presentata dopo il 31.12.2010;
- attestazione ed indicazione delle forme con cui viene assicurata l'esclusiva e completa responsabilità in ordine alla organizzazione e gestione in modo unitario e integrato del servizio, ivi compresa l'organizzazione e la gestione dei servizi strumentali e di supporto;
- dichiarazione di accettazione del sistema di remunerazione a tariffa definito dalla Regione Emilia-Romagna
- documentazione che attesti l'assenza delle cause di esclusione dalla capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione, di cui all'art. 38 del d.lgs. 163/2006 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il soggetto istituzionalmente competente procede con le modalità previste al presente punto 7.3.1 quando un soggetto pubblico è proprietario di una struttura nella quale si prevede di erogare un servizio e si intende individuare un soggetto gestore del servizio da accreditare provvisoriamente. Nel caso in cui il soggetto pubblico preveda un corrispettivo per l'uso di immobili e dei mezzi necessari alla gestione del servizio, tale condizione dovrà essere predeterminata e specificatamente indicata sia nell'avviso che nella successiva lettera di invito e non potrà costituire elemento di selezione del soggetto gestore.

### **7.3.2 Invito diretto**

In deroga alle procedure previste dal precedente punto 7.3.1, il soggetto istituzionalmente competente provvede motivatamente attraverso uno o più inviti diretti all'individuazione del soggetto gestore, qualora:



a) il servizio da accreditare provvisoriamente possa essere garantito attraverso l'utilizzo dei servizi e delle strutture di proprietà pubblica già disponibili e gestite direttamente da parte di un Ente e ricorrano i presupposti e le condizioni previsti per l'applicazione dell'istituto dell'affidamento diretto comunemente denominato "*in house providing*"; tale condizione si presume ricorrente quando il/i soggetto/i gestore/i ha/hanno la disponibilità della struttura nella quale viene garantito il servizio per il quale si è evidenziata la necessità di accreditamento provvisorio e si tratta di gestione diretta nelle forme di cui alla lettera a) del punto 1.2 dell'allegato A;

b) la programmazione abbia evidenziato univocamente e con chiarezza, in riferimento alle caratteristiche dei servizi ed alla loro localizzazione, la non esistenza di una pluralità di soggetti gestori che possano candidarsi alla gestione del servizio da accreditare.

Il soggetto invitato presenta, nel rispetto dei termini fissati, proposta di accreditamento provvisorio allegando la documentazione indicata nell'invito, che dovrà prevedere almeno i seguenti contenuti:

- attestazione della disponibilità dei locali e dei mezzi necessari all'espletamento del servizio e della loro idoneità e rispondenza ai requisiti previsti per l'accreditamento;
- attestazione del possesso dell'autorizzazione al funzionamento. Tale condizione non è necessaria per il servizio di assistenza domiciliare e per altri servizi che eventualmente verranno individuati con atti successivi integrando l'elenco di cui al punto 2 del presente provvedimento, per i quali la normativa regionale non ha individuato i requisiti e gli standard per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, sino alla data di approvazione dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento;
- attestazione ed indicazione delle forme con cui viene assicurata l'esclusiva e completa responsabilità in ordine alla organizzazione e gestione in modo unitario e integrato del servizio, ivi compresa l'organizzazione e la gestione dei servizi strumentali e di supporto;
- progetto gestionale attestante il rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento transitorio sino al 31.12.2010;
- progetto gestionale e attestazione del rispetto dei requisiti per l'accreditamento definitivo, per la documentazione presentata dopo il 31.12.2010;
- dichiarazione di accettazione del sistema di remunerazione a tariffa definito dalla Regione Emilia-Romagna.

### **7.3.3 Rilascio dell'accreditamento provvisorio**

Entro 3 mesi dal termine fissato per la presentazione della documentazione, il soggetto istituzionalmente competente per l'ambito distrettuale, sulla base dell'istruttoria tecnica svolta dall'Organismo tecnico di ambito provinciale sulla sussistenza dei requisiti ed in particolare sulla presenza delle condizioni che assicurino la responsabilità gestionale unitaria in una delle forme di cui alle lettere a) e b) del punto 1.2 dell'allegato A:

- valuta le proposte di accreditamento provvisorio presentate dai soggetti invitati, anche con riferimento alla qualità ed alla solidità del soggetto proponente, tenendo conto prioritariamente di eventuali elementi migliorativi rispetto ai requisiti e standard previsti per l'accreditamento, secondo le condizioni predeterminate nell'invito medesimo;

- individua il soggetto gestore al quale viene rilasciato l'accreditamento provvisorio per la gestione del servizio, ne motiva la scelta ed assicura adeguata informazione a tutti i soggetti invitati alla procedura.

Sino alla costituzione dell'Organismo tecnico di ambito provinciale, l'istruttoria tecnica sulla presenza dei requisiti e delle condizioni applicabili in sede di accreditamento provvisorio viene svolta dall'Ufficio di Piano in collaborazione con i tecnici della Commissione istituita ai sensi della DGR 564/2000.

Al fine di semplificare le procedure e garantire omogeneità di applicazione in ambito regionale, la Regione Emilia-Romagna definisce, con determinazione del Direttore generale Sanità e politiche sociali, uno schema-tipo, di carattere non vincolante, valevole per il rilascio dell'accreditamento provvisorio.

#### **7.3.4 Durata**

L'accreditamento provvisorio è rilasciato per un periodo minimo di 6 mesi e massimo di un anno, al termine del quale può essere trasformato in accreditamento definitivo secondo le modalità già individuate al precedente punto 5, previa valutazione del rispetto dei requisiti di accreditamento validi al momento della trasformazione.

Nella fase della concessione dei rapporti di accreditamento transitorio, il termine di validità dell'accreditamento provvisorio coincide con la scadenza del 31 dicembre 2010, salvo il caso in cui il periodo di 6 o 12 mesi scada successivamente a tale data.

#### **7.3.5 Decadenza e revoca**

L'accreditamento provvisorio può essere temporaneamente sospeso o definitivamente revocato con motivato provvedimento dallo stesso soggetto competente al rilascio, sulla base della valutazione dell'Organismo tecnico di ambito provinciale di cui al punto 4, nei seguenti casi:

- venir meno dei requisiti previsti per la concessione dell'accreditamento;
- gravi e/o ripetute inadempienze degli obblighi assunti con il contratto di servizio;
- mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro.

Le cause di sospensione e/o revoca dell'accreditamento sono specificatamente individuate nel provvedimento di concessione di cui al punto 7.3.3 e vengono riportate ed integrate nel contratto di servizio di cui al punto 8.

Nei casi sopra previsti, l'adozione dei provvedimenti di sospensione e di revoca dell'accreditamento dovrà essere necessariamente preceduta, salvo che il venir meno dei requisiti e delle condizioni previste non pregiudichi la sicurezza degli assistiti e dei lavoratori, da una diffida emanata dal soggetto competente e contenente la prescrizione a provvedere, entro un congruo termine, ai necessari adeguamenti.

## **7.4 SISTEMA DI REMUNERAZIONE**

Il sistema omogeneo di tariffe valevoli per la remunerazione dei servizi e delle strutture provvisoriamente accreditate saranno definite con successivo provvedimento della Giunta regionale in attuazione della legislazione vigente.

## **7.5 ACCOMPAGNAMENTO, MONITORAGGIO E QUALITA' DEL SERVIZIO**

Durante il periodo di validità dell'accreditamento provvisorio l'attività di monitoraggio, vigilanza e controllo è assicurata, con un approccio di promozione e collaborazione al fine del miglioramento della qualità del servizio, attraverso diversi strumenti:

- relazione annuale di ogni servizio che evidenzia gli obiettivi raggiunti e la valutazione del posizionamento del servizio rispetto ad alcuni indicatori di risultato, individuati come base minima a livello regionale;
- verifiche dell'organismo tecnico e delle sue articolazioni su base distrettuale.

Le attività di monitoraggio e vigilanza in merito all'accreditamento sono svolte in modo integrato e coordinato con le attività di monitoraggio e verifica assicurate dal/i soggetto/i sottoscrittore/i dei contratti di servizio, assicurando la collaborazione e lo scambio di informazioni con gli organismi tecnici che assicurano la vigilanza prevista dalla normativa sull'autorizzazione al funzionamento.

L'attività di monitoraggio e vigilanza può essere svolta in qualsiasi momento durante il periodo di validità dell'accreditamento provvisorio.

## **8. IL CONTRATTO DI SERVIZIO PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL RAPPORTO TRA SOGGETTI COMMITTENTI E SOGGETTI GESTORI DEI SERVIZI ACCREDITATI**

La regolamentazione dell'accreditamento comprende, oltre al possesso dei requisiti di qualità, gli obblighi che assume il soggetto gestore del servizio accreditato (definitivamente, transitoriamente, provvisoriamente) relativamente a:

- l'accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti, secondo quanto stabilito nella regolamentazione regionale e locale, nonché di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale;
- l'accettazione di tariffe predeterminate;
- l'assunzione di un debito informativo verso le Amministrazioni competenti;
- l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete, così come precisato dalla L.r. 2/2003;

L'accreditamento rappresenta infatti un percorso a carattere dinamico, che deve prevedere valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia relativamente alla loro effettiva necessità in relazione al mutare dei fabbisogni e della domanda degli interventi socio-sanitari.

Per la regolamentazione di tali profili, a seguito della concessione dell'accreditamento, i soggetti committenti ed il soggetto gestore del servizio accreditato, individuato attraverso le procedure previste nei precedenti punti 5, 6 e 7, sottoscrivono un contratto di servizio.



Il contratto di servizio è sottoscritto con il soggetto gestore del servizio accreditato da:

- il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale di cui al precedente punto 3 che svolge le funzioni di concessione dell'accREDITAMENTO;
- il Comune ove ha sede il servizio e/o la struttura;
- l'Azienda Usl per la parte relativa alle prestazioni di ambito sanitario,
- e, per i servizi finanziati dal FRNA, il soggetto appositamente individuato in ambito distrettuale per la gestione del fondo medesimo.

Il contratto di servizio è sottoscritto con i soggetti committenti anche dalle Aziende di servizi alla persona qualora gestiscano direttamente servizi accreditati.

Tale contratto di servizio, a seguito di quanto previsto dall'art. 38 l.r. 2/2003 e dall'art 23 della l.r. 4/2008, sostituisce - esclusivamente per quanto attiene ai servizi accreditati - quello già previsto per le Aziende di servizio alla persona dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 624/2004 e si rende necessario alla luce della nuova disciplina dell'accREDITAMENTO, con la finalità di regolamentare il rapporto tra i soggetti committenti e le ASP che gestiscono servizi, al pari di quanto avviene per gli altri soggetti gestori privati.

Nel caso di servizi non gestiti direttamente dalle ASP, ferma restando la non delegabilità delle funzioni di programmazione, la ASP può essere delegata, alla sottoscrizione del contratto di servizio per la regolamentazione del rapporto di accREDITAMENTO con il soggetto privato gestore dei servizi accreditati, sulla base di appositi indirizzi formulati dalle Amministrazioni competenti che esprimono la committenza ed assicurano le risorse.

In tale caso, gli indirizzi che vengono formulati alle Asp devono in particolare provvedere a disciplinare le condizioni e individuare le forme dell'apporto che può essere fornito dalle Asp ai soggetti privati gestori dei servizi accreditati ed in particolare formulare le opportune garanzie affinché sia assicurata la congruità tra i servizi messi a disposizione da parte dell'Asp e la quota riconosciuta in loro favore, in coerenza con le modalità di remunerazione stabilite a livello regionale.

Nel caso di servizi che rispondono ad esigenze di un ambito sovradistrettuale accreditati secondo la procedura indicata al precedente punto 3, sulla base delle valutazioni congiunte degli organismi competenti in materia socio-sanitaria degli ambiti distrettuali interessati, il contratto di servizio può essere sottoscritto dai soggetti competenti di tutti gli ambiti distrettuali interessati che assumono gli impegni relativi alla parte di rispettiva competenza in relazione alla quantità dei servizi destinati al proprio ambito distrettuale; in alternativa il rapporto di regolamentazione potrà essere determinato con contratti di servizio separati.

Il contratto di servizio di regolamentazione del rapporto di accREDITAMENTO tra soggetto committente (o da questo appositamente delegato) e soggetto gestore del servizio accreditato deve in particolare indicare:

- la tipologia di servizio, tra quelli individuati al precedente punto 2;
- il periodo di riferimento;
- le caratteristiche qualitative e i volumi di attività relative al periodo di validità del contratto stesso, nei limiti massimi di quanto indicato nei provvedimenti di accREDITAMENTO transitorio, provvisorio e definitivo;



- gli eventuali impegni nell'uso dell'immobile ove si svolge il servizio, laddove questo venga messo a disposizione da parte dell'ente pubblico;
- le tariffe;
- la contribuzione richiesta all'utente;
- le modalità di integrazione della contribuzione dell'utente da parte dei Comuni, in caso di indigenza;
- le modalità e gli strumenti di monitoraggio, verifica, controllo e promozione della qualità e le procedure per il ripristino delle condizioni di buon andamento nella gestione del servizio e di tutela degli utenti nel caso di eventuali inadempienze da parte del soggetto gestore del servizio accreditato;
- le cause che comportano la temporanea sospensione o la decadenza dell'accreditamento definitivo, transitorio, provvisorio e le conseguenti modalità di risoluzione del contratto di servizio;
- le modalità di relazione del soggetto gestore con gli utenti, ai fini della sottoscrizione degli impegni e della riscossione della contribuzione posta a loro carico.

Il contratto di servizio può altresì prevedere servizi e requisiti aggiuntivi nell'erogazione delle prestazioni in coerenza con quanto stabilito in sede di concessione dell'accreditamento, nonché, a fronte di tali servizi/requisiti aggiuntivi, tariffe maggiorate di remunerazione delle prestazioni rese dal soggetto gestore. Tale scelta, come indicato in premessa, può tuttavia avvenire a condizione che:

- non costituisca in alcun modo fattore di esclusione diretta o indiretta all'accesso al servizio da parte dell'utente;
- sia condivisa in ambito distrettuale, perseguendo l'obiettivo di una tendenziale omogeneità in tale ambito;
- la remunerazione aggiuntiva rispetto al sistema di tariffe definito a livello regionale sia congrua e non ricada in alcun modo sul Fondo regionale per la non autosufficienza.

Di norma il contratto di servizio ha durata coincidente con la durata dell'accreditamento, prevedendo che alcuni aspetti vengono aggiornati annualmente (ad esempio le caratteristiche quali/quantitative e i volumi di attività, le tariffe e la contribuzione richiesta all'utente, le modalità di integrazione della contribuzione dell'utente da parte dei Comuni, in caso di indigenza).

Per quanto riguarda l'accreditamento transitorio, inoltre, il contratto di servizio:

- contiene il programma di adeguamento gestionale, ivi compresa la determinazione delle modalità con le quali, nel percorso di riorganizzazione volto a realizzare le forme della responsabilità gestionale unitaria di cui all'allegato A, vengono disciplinate le forme di collaborazione tra i soggetti già presenti nella gestione dei servizi ed inerenti lo svolgimento delle attività e dei servizi accessori, strumentali e di supporto all'attività istituzionale, anche attraverso la trasformazione, il trasferimento e/o la rinegoziazione dei contratti in essere per lo svolgimento di tali servizi; in particolare, dovranno essere evidenziati gli eventuali impegni nell'uso dell'immobile ove si svolge il servizio, laddove questo venga messo a disposizione da parte dell'ente pubblico;

- identifica i tempi e gli obiettivi di avvicinamento graduale all'accreditamento definitivo;
- prevede le modalità di trasferimento dell'autorizzazione al funzionamento in capo al soggetto gestore del servizio accreditato, al fine di unificare la titolarità dei due provvedimenti;
- individua gli strumenti di monitoraggio e verifica, prevedendo le verifiche e gli adempimenti da parte del soggetto gestore nel percorso di adeguamento;
- definisce le modalità di determinazione condivisa della contribuzione posta a carico degli utenti, nel rispetto del tetto massimo indicato nella determinazione delle tariffe.

La durata dei contratti di servizio per servizi accreditati transitoriamente coincide con il periodo di accreditamento transitorio.

Nel caso di gestione diretta di un servizio da parte di un Comune o di una Unione di Comuni all'accreditamento (transitorio, provvisorio o definitivo) non conseguirà la stipulazione di un contratto di servizio, bensì la determinazione di un programma di attività e di un budget annuale degli interventi da effettuarsi.

## **Allegato A**

### **La responsabilità gestionale unitaria**

#### **1.1 La responsabilità gestionale unitaria quale condizione gestionale ed organizzativa necessaria per la concessione dell'accreditamento**

Come già previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007, l'accreditamento del servizio viene rilasciato al soggetto gestore che provvede effettivamente all'erogazione delle prestazioni e che dispone delle relative risorse.

Pertanto, spetta al soggetto che gestisce l'organizzazione ed assume la direzione del personale che assicura le attività assistenziali e di cura di un servizio, presentare richiesta di accreditamento, con ciò provvedendosi a superare le situazioni in cui vi è una forma ibrida di gestione del personale che svolge le funzioni assistenziali.

Tra le condizioni necessarie per l'accreditamento vi è il superamento di situazioni, talvolta ora presenti, in cui si verifica una frammentazione gestionale dei servizi.

L'accreditamento, infatti, deve essere riferito ad un "modello organizzativo" complessivamente e unitariamente prodotto da un unico "soggetto" (pubblico o privato che esso sia), in modo che venga garantita una responsabilità gestionale unitaria e complessiva e quindi:

- la responsabilità dell'intero processo assistenziale;
- la disponibilità delle risorse umane e la dipendenza funzionale degli operatori;
- l'organizzazione complessiva del servizio e la sua responsabilità generale, ivi compresi i servizi di supporto comunque forniti;
- l'unitarietà del modello organizzativo di gestione del caso e degli strumenti per la pianificazione dell'assistenza nelle diverse fasi (valutazione dei bisogni, pianificazione e monitoraggio degli interventi e valutazione degli esiti degli interventi).

Per assicurare la responsabilità gestionale unitaria il soggetto gestore deve in particolare garantire che le attività assistenziali e di cura (comprendenti dell'assistenza infermieristica e riabilitativa per i servizi semiresidenziali e residenziali) siano organizzate, gestite e svolte in modo unitario e integrato assicurandone la esclusiva e completa responsabilità, garantendo altresì che l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri e di supporto, in qualsiasi forma prodotti, sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere complessivo dell'utente.

La responsabilità gestionale unitaria è assicurata innanzitutto attraverso rapporti di lavoro di dipendenza instaurati direttamente con il soggetto gestore del servizio accreditato, ma anche mediante il ricorso a tutti gli altri istituti e strumenti previsti dalla legislazione vigente e dai contratti di lavoro, purché sia pur sempre riconducibile al soggetto gestore del servizio accreditato la dipendenza funzionale degli operatori coinvolti nel percorso assistenziale e l'organizzazione complessiva del servizio.

In particolare, si precisa che l'assistenza infermieristica e riabilitativa, ferma restando la responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore, potrà anche essere assicurata, mediante l'applicazione degli istituti previsti dalla normativa vigente, attraverso l'utilizzazione di personale dipendente delle Aziende sanitarie presso i soggetti gestori dei servizi accreditati, sulla base di quanto concordato tra Comitato di Distretto e Direttore di Distretto in relazione al contesto e allo sviluppo storico dei servizi, anche tenendo conto delle condizioni del mercato del lavoro. Anche in questo caso, la dipendenza funzionale degli operatori deve essere necessariamente posta in capo al soggetto gestore del servizio accreditato.

Nel caso di condizioni gestionali particolari, nelle quali è attualmente garantita la presenza di personale dipendente di un soggetto pubblico, anche al fine di non disperdere le competenze e le professionalità consolidate, può essere utilizzato quanto previsto dall'art. 31 del D.Lgs. n. 165 del 2001 e/o le norme contrattuali in tema di mobilità e comando, previo consenso degli operatori coinvolti.

### **1.2 Forme ed esemplificazioni della responsabilità gestionale unitaria da assicurare in regime di accreditamento definitivo**

In presenza di differenti assetti organizzativi e gestionali che caratterizzano attualmente l'erogazione dei servizi e delle strutture socio-sanitari, è opportuno chiarire quale siano le forme con le quali può essere garantita la responsabilità gestionale unitaria e pertanto quali siano le forme e le condizioni che il soggetto gestore del servizio si deve far carico di realizzare per ottenere la concessione dell'accREDITamento dello specifico servizio o della struttura di cui assuma la relativa gestione.

La realtà operativa dimostra che vi sono già casi nei quali può essere chiaramente garantita la responsabilità gestionale unitaria e che, pacificamente, si risolvono nella concessione dell'accREDITamento in favore del soggetto gestore che già oggi gestisce completamente il servizio: è l'ipotesi del soggetto gestore, pubblico o privato, che ha la disponibilità del bene strumentale e delle risorse umane o di un soggetto gestore privato già titolare di un appalto di servizio completo e integrato.

A fianco di tali ipotesi, sussistono tuttavia assetti "misti" e rapporti contrattuali che non ricomprendono la gestione complessiva dei servizi e dove invece convivono servizi parziali attribuiti in modo parcellare a soggetti produttori diversi.

Per consentire la riorganizzazione ed il conseguente accREDITamento dei servizi che attualmente versano in tale situazione, è stato previsto – per la fase dell'accREDITamento transitorio - il programma di adeguamento che, con i contenuti ed i requisiti previsti al successivo punto 1.3, dovrà consentire l'identificazione di un soggetto gestore unico in grado di assicurare la gestione unitaria e complessiva nella produzione dei servizi ed una unica responsabilità tra quelli attualmente presenti.

Le forme con le quali deve essere assicurata la responsabilità gestionale unitaria in sede di accREDITamento definitivo e provvisorio, alle quali deve inoltre essere indirizzato il



programma di adeguamento valevole per la fase dell'accreditamento transitorio sono pertanto quelle individuate alle successive lettere a) e b).

Va comunque precisato che l'accreditamento può essere riferito anche ad una unità organizzativa, assistenziale e strutturale autonoma.

Tale evenienza si realizza, per esempio, nel caso di strutture residenziali di grandi dimensioni che possono comprendere al proprio interno unità organizzative, assistenziali e strutturali autonome chiaramente identificabili come tali, con la esclusione dei locali per servizi di supporto e strumentali (quali ad esempio cucina, lavanderia, etc) che possono essere comuni.

#### **a) La gestione diretta da parte dell'Asp o di altro ente pubblico**

Nel caso in cui la gestione dei servizi venga assicurata direttamente ed interamente da parte di un ente pubblico (Comune, Azienda di servizi alla persona, ecc.), mediante proprie risorse umane e strumentali o comunque con le forme che ne garantiscano legittimamente la disponibilità funzionale, lo stesso Ente potrà assicurare la responsabilità gestionale unitaria e ad esso spetterà l'accreditamento per il servizio e la struttura che provvede a gestire con tali modalità.

Tale caso si concretizza quanto l'Azienda di servizi alla persona od altro ente pubblico disponga dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisca la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi di strumentali e di supporto, l'integrazione con la rete dei servizi sociali e sanitari e la gestione dei rapporti con gli utenti e con il gestore del FRNA.

In presenza di tali condizioni, l'accreditamento del servizio viene rilasciato in capo al gestore pubblico, il quale provvede a sottoscrivere il contratto di servizio di cui al precedente punto 8 o altra forma di definizione delle quantità e delle forme di remunerazione, introita le somme dal FRNA e dal Fondo Sanitario Regionale (FSR), gestisce la fase di accesso (impegni), introita le somme dagli utenti ed eventualmente dal Comune per gli indigenti.

#### **b) La gestione diretta da parte del soggetto gestore privato**

Nel caso in cui la gestione dei servizi sia assunta interamente, per effetto di un preesistente appalto di servizi integrato e completo od anche in seguito ad una fase di riorganizzazione gestionale, da soggetti privati, e venga svolta all'interno di immobili di propria disponibilità od anche nell'ambito di immobili appartenenti ad enti pubblici, sarà il medesimo soggetto gestore privato a farsi carico della responsabilità gestionale unitaria ed ottenere pertanto il rilascio dell'accreditamento definitivo per l'erogazione del relativo servizio.

Tale caso si concretizza quando il soggetto gestore privato disponga pertanto dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisca la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto (anche per effetto di modalità progressive di transizione), si faccia carico dell'integrazione con la rete dei servizi sociali e sanitari e della gestione dei rapporti con gli utenti e con il gestore del FRNA.

In presenza di tali condizioni, l'accreditamento del servizio viene rilasciato in capo al gestore privato, il quale provvede a sottoscrivere il contratto servizio per la regolamentazione del rapporto di accreditamento, introita le somme dal FRNA e dal FSR, gestisce la fase di accesso (gli impegni), introita le somme dagli utenti ed eventualmente dai Comuni per gli indigenti.

Tale ipotesi si applica anche quando più soggetti privati diano vita alle forme di aggregazione previste dalla legge (ATI, Consorzi, ec.) capaci di assumere una responsabilità gestionale unitaria, di costituire un unico referente per il soggetto committente e di evitare ipotesi di frammentazione del servizio. In questo caso, alla disponibilità delle risorse umane ed alla dipendenza giuridico/funzionale degli operatori, richieste al soggetto gestore unico secondo quanto previsto dal punto 1.1, potranno adempiere le imprese socie, dei cui adempimenti in proposito sarà comunque responsabile il soggetto aggregato, che non necessariamente, dunque, deve disporre di personale proprio.

Nel caso, in particolare, in cui il gestore del servizio accreditato provveda ad erogare le prestazioni all'interno di un immobile di proprietà pubblica, il contratto di servizio di cui al punto 8 dovrà essere accompagnato da un contratto di regolamentazione dell'uso dell'immobile pubblico, che potrà prevedere la disciplina degli oneri di messa a norma e di manutenzione in capo al soggetto gestore privato e la previsione di altri servizi messi a disposizione.

Per concretizzare tale ipotesi, sarà possibile infatti prevedere che l'Azienda di servizi alla persona (od altro soggetto pubblico) metta a disposizione alcune ulteriori proprie risorse, anche per i servizi strumentali o di supporto.

In tal senso, sempre con il contratto di servizio, dovranno essere definite, in relazione alle specificità di ogni singolo caso, le forme di collaborazione tra il soggetto pubblico e quello privato che provvede alla gestione del servizio, con particolare riguardo alla disponibilità delle attività amministrative e di altri servizi posti in essere da parte dell'ente pubblico, definendo le opportune ed eventuali forme di transizione e prevedendone le modalità di remunerazione in conformità con il sistema omogeneo di tariffe definito dalla Regione.

Nel caso di **gestioni "miste"** in cui per l'erogazione dei servizi siano presenti risorse plurime pubbliche e private, la fase di riorganizzazione ed il programma di adeguamento dovranno essere opportunamente e prioritariamente finalizzate a realizzare una delle fattispecie di cui alle lettere precedenti.

Oltre ai casi di cui alle precedenti lettere a) e b), nel processo di accreditamento vanno valutate alcune ulteriori **situazioni o modelli particolari**.

In primo luogo, si è infatti ipotizzato il ricorso da parte delle Aziende di servizio alla Persona alla costituzione di società miste pubblico-private per la conduzione e l'erogazione dei servizi.

A tale soluzione, che la normativa nazionale e regionale prevede nei limiti e nel rispetto di alcune condizioni e procedure, si potrà opportunamente ricorrere solo dopo aver valutato preventivamente le possibili alternative indicate nel presente provvedimento, comunque garantendo modalità di selezione ad evidenza pubblica nella scelta del soggetto privato e valutando l'impatto della costituzione di tali modelli sui costi gestionali dell'Azienda e sul sistema di responsabilità amministrativa in caso di cattivo andamento economico-finanziario delle società medesime.

In secondo luogo, i soggetti localmente competenti ad esprimere le valutazioni in ordine all'accREDITAMENTO dei servizi potranno altresì assumere decisioni differenziate rispetto alle condizioni ordinarie previste per il rilascio dell'accREDITAMENTO, relativamente a quelle

ipotesi di soggetti privati non profit (ad esempio, le Fondazioni, derivanti anche dal processo di trasformazione delle Ipub) che da tempo operano nel settore dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari mettendo a disposizione ingenti risorse patrimoniali e garantendo l'erogazione dei servizi mediante l'apporto operativo di ulteriori soggetti privati.

In tali casi, ove appare difficile ricorrere a forme di aggregazione strutturali, per la diversità dei soggetti coinvolti nel processo di riorganizzazione, e non si intende disperdere un consolidato patrimonio di esperienza e di sussidiarietà sociale, si ritiene possibile che l'accreditamento venga concesso in via eccezionale alle Istituzioni già titolari di rapporti convenzionali con gli Enti locali e/o le Ausl, purché queste, pur avvalendosi dell'ulteriore apporto operativo di soggetti privati, garantiscano che l'erogazione dei servizi socio-sanitari avvenga nel rispetto dei criteri e requisiti dell'accreditamento ed assicurino direttamente la responsabilità generale dei servizi, i rapporti con gli utenti, i rapporti con i soggetti committenti ed i gestori del FSR e del FRNA, disponendo di un adeguato sistema informativo e di vigilanza, con ciò assumendosi la responsabilità sulla qualità dell'assistenza. Anche in tali casi, comunque, il soggetto gestore del servizio accreditato dovrà assicurare, in sede di acquisizione delle risorse necessarie, che non si verifichi la frammentazione nella produzione dei servizi e che, nel rispetto dei principi posti a fondamento dell'accreditamento, sia garantita l'organizzazione e la gestione unitaria della produzione.

### **1.3 Il programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio valevole nella fase transitoria**

Il programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio valevole nella fase transitoria viene richiesto quale condizione essenziale per la concessione dell'accreditamento transitorio ed è finalizzato a realizzare gli obiettivi e le condizioni individuate al precedente punto 1.1 e in una delle forme di cui al precedente punto 1.2

Alla conclusione del percorso di adeguamento, la esclusiva e completa responsabilità della gestione deve essere ascrivibile in particolare ad un unico soggetto, che sarà l'interlocutore unico delle Amministrazioni pubbliche, il soggetto gestore del servizio accreditato definitivamente ed il sottoscrittore del contratto di servizio previsto al punto 8.

Al fine della concessione dell'accreditamento transitorio, il programma di adeguamento dell'organizzazione e della gestione del servizio, con riferimento al superamento del frazionamento delle responsabilità gestionali, deve contenere:

- a) l'analisi della situazione di partenza con riferimento all'organizzazione dei servizi ed agli operatori;
- b) l'individuazione delle forme, tra quelle indicate al precedente paragrafo 1.2, per assicurare a regime la responsabilità gestionale unitaria;
- c) il percorso per il raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria nella erogazione del servizio, con definizione di obiettivi intermedi e dei relativi tempi di conclusione comunque entro la data di presentazione della domanda di accreditamento definitivo;
- d) la determinazione delle modalità con le quali, nel percorso di riorganizzazione volto a realizzare le forme della responsabilità gestionale unitaria, vengono disciplinate le forme di collaborazione tra i soggetti presenti nella gestione dei servizi ed inerenti lo



svolgimento delle attività e dei servizi accessori, strumentali e di supporto all'attività istituzionale, anche attraverso la trasformazione, il trasferimento e/o la rinegoziazione dei contratti in essere per lo svolgimento di tali servizi; in particolare, dovranno essere evidenziati gli eventuali impegni nell'uso dell'immobile ove si svolge il servizio, laddove questo venga messo a disposizione da parte dell'ente pubblico;

- e) le modifiche organizzative (ed i relativi tempi di implementazione) che anticipino, ove possibile, la identificazione della responsabilità gestionale unitaria per nuclei o sub articolazioni del servizio;
- f) il programma (tempi e modalità) per assicurare la qualificazione del personale OSS nel rispetto degli obiettivi quantitativi e temporali indicati nel presente provvedimento;
- g) l'individuazione delle modalità per assicurare, entro la data di presentazione della domanda di accreditamento definitivo, l'unificazione della titolarità dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accREDITamento in capo al soggetto gestore accreditato.
- h) gli strumenti di verifica dell'effettivo svolgimento del percorso, prevedendo la presentazione di relazioni almeno annuali dettagliate sullo stato di attuazione del percorso.



**Allegato B****Requisiti dell'assistenza domiciliare per anziani e disabili per l'accreditamento transitorio**

Il servizio si rivolge a persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di vario grado, disabili gravi o persone a rischio di non autosufficienza con bisogni assistenziali e socio-educativi di diversa intensità assistibili a domicilio con gli opportuni interventi di supporto e loro familiari, in collaborazione con le assistenti familiari se presenti.

Il servizio garantisce l'erogazione, in base al programma assistenziale individualizzato o del programma educativo individualizzato elaborato dai Servizi territoriali competenti, di diverse tipologie di prestazioni, fornite in modo flessibile ed integrato tra professionisti e discipline differenti:

A) Presa in carico tramite supervisione, consulenza e affiancamento, delle persone assistite a domicilio direttamente da familiari e con l'aiuto di assistenti familiari e garantendo anche la funzione di tutoring sia per i familiari che per le assistenti familiari.

B) Presa in carico complessiva e svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale previste nel piano individualizzato di assistenza tra quelle relative a:

Cura personale (ad esempio aiuto nell'igiene personale, nel vestirsi, nella somministrazione del cibo, il monitoraggio dei disturbi comportamentali ed interventi di supporto e stimolazione delle funzioni cognitive, etc.)

Supporto sociale nella vita quotidiana, nel mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni, nella promozione alla partecipazione ad attività sociali, anche favorendo la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto e a momenti di supporto ed incontro quali i Caffè Alzheimer o iniziative simili;

Supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali e nell'approccio ad ambienti diversi dalla casa, interventi educativi finalizzati all'acquisizione e/o al mantenimento delle abilità personali e sociali e favorisce;

Eventuale supporto nella gestione pratica della vita quotidiana.

C) piena integrazione con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario (medico, infermieristico e riabilitativo) di competenza del Dipartimento di cure primarie.

Il soggetto gestore deve assicurare l'attuazione delle modalità di collaborazione ed integrazione con le AUSL (in particolare gli accordi e protocolli con l'Ausl riguardo alla modalità di relazione e collaborazione con il Dipartimento di cure primarie ed i Medici di medicina generale su base distrettuale), favorendo una organizzazione del servizio di assistenza domiciliare con sub articolazione operativa coincidente con gli ambiti di intervento dei Nuclei di cure primarie, sulla base di quanto concordato tra Comuni ed AUSL.

Devono operare nel servizio, secondo specifica programmazione e dotazione in relazione a quanto previsto dai Piani di assistenza individuale o dai Piani educativi individuali, le seguenti figure professionali:

- l'operatore socio-sanitario (OSS);
- l'educatore professionale per interventi di carattere socio-educativo a sostegno dell'autonomia relazionale delle persone con disabilità,

- personale amministrativo.

Deve essere garantita la funzione tecnico-direttiva e di coordinamento del servizio.

La dotazione di personale deve essere idonea a garantire, con modalità flessibile, la presa in carico degli utenti, assicurando tempestività ed adeguatezza dell'intervento.

Deve essere individuato un responsabile operativo per ogni piano individualizzato e deve essere favorita la continuità degli operatori che seguono un caso.

Deve essere assicurata, in relazione ai bisogni delle persone e del nucleo familiare e di quanto previsto nel Piano di assistenza individualizzato (PAI) o nel Piano educativo individualizzato (PEI), l'operatività del servizio nell'arco di almeno 12 ore giornaliere, per tutti i giorni della settimana, anche nell'arco delle 24 ore se necessario.

Devono essere garantite, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno, la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio, qualora previsto dal PAI o dal PEI, con la possibilità di scelta tra menù diversi, la garanzia di menù personalizzati anche per esigenze dietetiche particolari e la preventiva adozione di soluzioni atte a garantire il servizio anche in caso di emergenze.

Nel caso il servizio di fornitura del pasto venga fornito da un soggetto diverso dal soggetto gestore del servizio di assistenza domiciliare, il soggetto gestore è tenuto ad assicurare l'integrazione con le attività assistenziali e di cura, perseguendo l'obiettivo del benessere complessivo dell'anziano.

Il soggetto gestore deve avere una sede operativa del servizio nell'ambito distrettuale nel quale è stato accreditato. La sede deve essere chiaramente identificabile grazie alla presenza di segnaletica adeguata ed accessibile.

I locali devono essere adeguati alle funzioni che vi vengono svolte e a norma rispetto ai requisiti di sicurezza.

Il soggetto gestore definisce e rende noti orari, giorni di apertura e reperibilità telefonica.

Il soggetto gestore deve assicurare e documentare il coinvolgimento, da parte degli operatori del servizio, dei familiari e/o dell'assistente privato nel processo di cura, con la definizione e il coordinamento dei rispettivi compiti e la programmazione dell'attività di supervisione, affiancamento e tutoring dei caregiver.

Il soggetto gestore documenta, attraverso un accordo condiviso, la collaborazione con i soggetti istituzionali competenti per assicurare la tempestiva, appropriata e personalizzata fruizione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.), favorendo il benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver.

Il soggetto gestore concorre all'individuazione dei bisogni manutentivi degli ausili specifici in dotazione all'utente e supporta l'utente stesso ed i familiari nell'attivazione dei relativi interventi da parte dei soggetti tenuti ad assicurare la manutenzione.

Il soggetto gestore assicura l'assolvimento degli obblighi informativi individuati per il servizio di assistenza domiciliare dalla Regione.

Il soggetto gestore da evidenza della condivisione con i Comuni ed il Dipartimento di cure Primarie, su base distrettuale, di protocolli e percorsi assistenziali.

Il PAI e il PEI sono definiti dai servizi territoriali competenti che gestiscono l'accesso alla rete dei servizi, in quanto espressione della committenza, assicurando la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari.

Il soggetto gestore assicura la partecipazione alla predisposizione ed all'aggiornamento del PAI o del PEI e la sua completa attuazione.

Il PAI e il PEI sono strumenti integrati e comprensivi di indicazioni relative ai tempi (sincronia, complementarietà, frequenze, grado complessivo di copertura giornaliera/settimanale) e alla intensità (professionalità, attività, modalità di erogazione, verifiche).

Il PAI e il PEI dovranno inoltre includere l'individuazione degli obiettivi specifici dell'intervento sull'utente e di obiettivi specifici sul caregiver oltre agli strumenti utilizzati per il passaggio delle informazioni tra gli operatori che seguono il medesimo utente.

Nel caso di contemporaneo intervento socio-assistenziale e sanitario, il programma individuale di assistenza deve essere unico e integrato così come gli strumenti informativi (cartella socio-sanitaria) e di comunicazione tra gli operatori e con la famiglia ed individuato un unico responsabile del caso, al quale si rapportano tutti i servizi.

In tal caso deve essere anche assicurata la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma dimissione protette, le cui modalità sono definite a livello di ambito distrettuale tra Comuni ed AUSL.

Il soggetto gestore assicura il monitoraggio del percorso assistenziale e segnala tempestivamente al Responsabile del Caso il cambiamento delle condizioni della persona assistita.

Devono essere definiti e documentati i processi e protocolli operativi in relazione a:

- modalità di accoglienza (attivazione del servizio e primo accesso);
- presa in carico: definizione procedura per il rispetto dei tempi massimi in caso di dimissione da struttura;
- dimissione dal servizio (personalizzata e progettata con la rete dei servizi e la famiglia);
- miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza in attuazione delle indicazioni tecniche regionali del Piano regionale demenze;
- idonee azioni per limitare l'impatto di ondate di calore.

Devono essere stabilite procedure per la definizione dei carichi di lavoro con l'individuazione dei tempi per il lavoro diretto presso il domicilio, per il lavoro di preparazione e il lavoro di coordinamento, per il raggiungimento da parte degli operatori del domicilio degli assistiti.

Il soggetto gestore garantisce:

- l'organizzazione del lavoro secondo il metodo del lavoro in equipe, garantendo la programmazione e la verifica del lavoro in momenti comuni;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori secondo un programma annuale;
- la fornitura delle divise e dei presidi per la sicurezza e del materiale di consumo necessario per le attività al domicilio;
- adeguate coperture assicurative;
- la disponibilità dei mezzi, idonei ed in numero e tipologia adeguati alle caratteristiche del territorio, per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori;

- la disponibilità, anche in accordo con gli enti e le organizzazioni di volontariato che assicurano il trasporto sociale, di adeguate modalità di trasporto per promuovere la partecipazione alla vita sociale e di relazione degli assistiti a domicilio;
- adeguati mezzi di comunicazione con gli operatori in servizio;
- l'attività amministrativa di supporto all'erogazione del servizio.



## **Allegato C**

### **Precisazione dei requisiti di personale dei servizi per disabili per l'accreditamento transitorio**

Per il centro socio riabilitativo diurno il requisito di personale previsto dalla normativa vigente (DGR 564/2000) è da intendersi come segue:

Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori in relazione alle condizioni degli utenti, agli interventi e alle attività previste nei piani personalizzati, al loro numero, in particolare:

- deve essere assicurata la presenza durante la fascia diurna di almeno 1 operatore ogni 5 utenti per le persone con disabilità moderata, 1 operatore ogni 3 utenti per le persone con disabilità severa e di almeno 1 operatori ogni 2 utenti per le persone con disabilità completa.

In caso il centro diurno accolga disabili con gravi disturbi del comportamento deve essere garantito uno specifico piano personalizzato psico-educativo ed assistenziale con obiettivi e tempi definiti e verifiche periodiche, con un adeguamento del personale educativo ed assistenziale in relazione al piano personalizzato stesso ed attenzione ai fattori ambientali e relazionali che influiscono su tali bisogni.

Il rapporto tra personale assistenziale ed educativo è graduato e definito in relazione all'età ed al prevalere dei bisogni di assistenza e/o di autonomia relazionale degli utenti come individuati nel PAI o nel PEI.

Per quanto riguarda il centro socio-riabilitativo residenziale il requisito di personale previsto dalla normativa vigente (DGR 564/2000) è da intendersi come segue:

Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori in relazione alle condizioni degli utenti, agli interventi e alle attività previste nei piani personalizzati, al loro numero, in particolare:

- deve essere assicurata la presenza minima di 1 operatore per l'assistenza notturna da adeguarsi in aumento in relazione al numero degli utenti, ai PAI o ai PEI, alla organizzazione degli spazi di vita ed alla disponibilità di supporti tecnologici, garantendo comunque adeguate modalità di copertura della presenza degli operatori in caso di emergenze;

- deve essere assicurata la presenza durante le attività di almeno 1 operatori ogni 5 utenti per le persone con disabilità moderata, 1 operatore ogni 3 utenti per le persone con disabilità severa e di almeno 1 operatore ogni 2 utenti per le persone con disabilità completa.

In caso il centro residenziale accolga disabili con gravi disturbi del comportamento deve essere garantito uno specifico piano personalizzato psico-educativo ed assistenziale con obiettivi e tempi definiti e verifiche periodiche, con un adeguamento del personale educativo ed assistenziale in relazione al piano personalizzato stesso ed attenzione ai fattori ambientali e relazionali che influiscono su tali bisogni.

Il rapporto tra personale assistenziale ed educativo è graduato e definito in relazione all'età ed al prevalere dei bisogni di assistenza e/o di autonomia relazionale degli utenti come individuati nei PAI o nei PEI.

## **Allegato D**

# **REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEFINITIVO**

## **INDICE**

**Premessa metodologica**

**D 1. Requisiti generali (RG)**

**D 2. Requisiti specifici**

**D.2.1 Assistenza domiciliare (SPAD)**

**D 2.2 Centro diurno per anziani (SPCDA)**

**D 2.3 Casa – residenza per anziani non autosufficienti (SPRA)**

**D.2.4 Centro socio-riabilitativo diurno per persone con disabilità (SPCDD)**

**D 2.5 Centro socio-riabilitativo residenziale per persone con disabilità  
(SPRD)**

### **ALLEGATI REQUISITI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO**

<b>Allegato DA:</b>	<b>PERSONALE – Ruoli Lavorativi Coordinatore responsabile dei servizi e/o strutture per anziani e disabili e del Responsabile di nucleo delle attività assistenziali</b>
<b>Allegato DB:</b>	<b>PERSONALE – Rapporto operatori utenti e titoli per l'accesso alle qualifiche previste</b>
<b>Allegato DC:</b>	<b>Elementi essenziali per il programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza.</b>
<b>Allegato DD:</b>	<b>Requisiti specifici per “inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04 in strutture residenziali per anziani e disabili”</b>
<b>Allegato DE:</b>	<b>Requisiti specifici per “Strutture e nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04”</b>
<b>Allegato DF:</b>	<b>Requisiti specifici per “centri diurni dedicati per demenze”</b>
<b>Allegato DG:</b>	<b>Requisiti specifici per “Nuclei dedicati alle demenze per assistenza residenziale temporanea”</b>
<b>Allegato DH:</b>	<b>Requisiti aggiuntivi per l'accoglienza temporanea di sollievo</b>

## Premessa metodologica

I requisiti per l'accreditamento sono organizzati in requisiti generali e requisiti specifici.

I requisiti generali si riferiscono a tutti i servizi e a tutte le tipologie, sia a quelle individuate nella prima fase con il presente atto in attuazione dell'art. 23 della LR 4/2008 sia a quelle che verranno individuate con successivi atti.

I requisiti specifici si riferiscono alle singole tipologie di servizio.

Per ottenere l'accreditamento ogni servizio dovrà garantire i requisiti generali e quelli specifici della tipologia per la quale è richiesto l'accreditamento.

I requisiti sono organizzati in dieci aree, che di seguito vengono richiamate con una esplicitazione dei contenuti di ciascuna area.

Al fine di rendere evidente i risultati ed i benefici per gli utenti dei servizi, all'interno di ogni area sono stati richiamati alcuni risultati attesi dal punto di vista degli utenti e che debbono orientare nella sostanza il rispetto e l'assolvimento dei requisiti.

### Le dieci aree:

**1. Politica e pianificazione strategica:** Esplicita la mission e gli obiettivi strategici del soggetto gestore e del servizio con particolare riferimento ai servizi offerti, alle tipologie di destinatari, e alle relazioni con la comunità locale e con la rete dei servizi.

#### Risultati attesi dagli utenti

Il servizio è organizzato/la casa è condotta in modo responsabile verso la comunità e nel miglior interesse degli ospiti

Gli ospiti beneficiano dell'approccio etico e di leadership del servizio/della casa.

**2. Pianificazione operativa del servizio:** Definisce un progetto gestionale complessivo e declina le risorse disponibili e le scelte organizzative e assistenziali del servizio, con particolare riferimento al personale e alle relazioni con i servizi sociali e sanitari territoriali.

#### Risultati attesi dagli utenti

I bisogni degli ospiti/utenti trovano risposte in una casa/servizio pensato coerentemente, gestito e organizzato in modo ordinato e trasparente. La casa/il servizio è condotto da una persona adatta al compito, di buon carattere e capace di far fronte pienamente alle proprie responsabilità e compiti.

Il numero e il mix di competenze dello staff e le relazioni sistematiche che questo instaura con i servizi del territorio sono un'ulteriore garanzia di risposta appropriata ai bisogni.

**3. Comunicazione, trasparenza, partecipazione:** si assicura comunicazione, trasparenza e partecipazione nelle relazioni interne ed esterne al servizio e al soggetto che lo gestisce, per garantire l'integrazione nella comunità locale, la libertà di scelta e la tutela dei diritti degli utenti, dei loro familiari e degli operatori.

#### Risultati attesi dagli utenti

I potenziali utilizzatori e familiari degli ospiti/utenti hanno le informazioni necessarie per fare una scelta informata e possono accertarsi personalmente della qualità dei servizi resi (Carta dei servizi).

Gli ospiti/utenti mantengono contatti con la famiglia, amici, rappresentanti e la comunità locale come vogliono (libertà di visita).

Ciascun ospite/utente ha un piano assistenziale o piano educativo documentato che esplicita i termini e le condizioni della vita nella residenza/del servizio reso (PAI o PEI).

Gli utenti, i familiari e amici sono sicuri che i loro bisogni, osservazioni e reclami saranno ascoltati, presi seriamente in considerazione e saranno effettuate conseguenti ed appropriate azioni.

Gli ospiti contribuiscono a definire le routine della casa/del servizio che corrispondono alle loro aspettative e preferenze.

**4. Struttura:** Si assicura l'accessibilità, la sicurezza e l'adeguatezza della struttura, degli spazi e degli arredi in relazione ai servizi offerti e alla tipologia di utenza.

**Risultati attesi dagli utenti**

Gli ospiti vivono in ambienti a loro adatti, sicuri e ben mantenuti. Il centro/la casa è pulita, accogliente, piacevole e igienica.

Gli ospiti hanno accesso a risorse comuni confortevoli e ai servizi.

Gli ospiti vivono in camere da letto confortevoli ed arredate anche con loro beni, adatte ai loro bisogni ed esigenze, dotate di bagni e luoghi per lavarsi confortevoli e sufficienti.

**5. Attrezzature (arredi, ausili e apparecchiature):** Si garantisce la presenza, la sicurezza e l'adeguatezza delle attrezzature in relazione ai servizi offerti, ai processi produttivi e alla tipologia di utenza.

**Risultati attesi dagli utenti**

Gli ospiti hanno a disposizione le attrezzature generali e specialistiche necessarie a massimizzare la propria indipendenza.

**6. Formazione e sviluppo risorse umane:** Si assicura una politica complessiva di qualificazione del personale e del lavoro – selezione, accompagnamento, formazione permanente, sviluppo, integrazione interprofessionale - per garantire la qualità del servizio e la tutela dei diritti delle persone.

**Risultati attesi dagli utenti**

Le politiche e la pratica di reclutamento della struttura/servizio assicurano che la casa/il servizio è condotto avendo presenti la natura e le caratteristiche dell'assistenza e cura complessiva da rendere agli ospiti/utenti.

Gli ospiti/utenti sono in mani sicure in ogni momento. Il personale è formato e competente in riferimento al lavoro che fa.

Lo staff è appropriatamente supervisionato.

**7. Sistema Informativo:** Si adotta un sistema informativo e di documentazione sui principali processi assistenziali e gestionali in relazione agli obblighi informativi interni ed esterni, e per la verifica e il miglioramento.

**Risultati attesi dagli utenti**

A ciascun ospite/utente è garantita la compilazione e l'aggiornamento della cartella sociosanitaria.

Il trattamento degli ospiti/utenti è regolato anche da meccanismi amministrativi che definiscono i rapporti tra la casa/il servizio e la Regione/il Comune che sostengono gli oneri finanziari e rappresentano la comunità.

**8. Processi e procedure generali** Sono definiti i principali processi assistenziali ed organizzativi e le procedure che garantiscono equità nell'accesso, personalizzazione, appropriatezza e continuità del percorso assistenziale, partecipazione di utenti e familiari.



**Risultati attesi dagli utenti**

Nessun ospite entra in una casa/accede a un servizio senza aver avuto una valutazione dei propri bisogni e la garanzia che essi saranno corrisposti.

La salute, la cura personale e sociale, il benessere dell'ospite/utente sono assicurate mediante il piano assistenziale individuale.

Agli ospiti/utenti sono assicurate qualità e continuità nel percorso assistenziale

Gli ospiti ricevono una dieta completa, bilanciata e gradevole, in un contesto e in orari ad essi convenienti.

Gli ospiti, laddove appropriato, sono responsabili dell'assunzione dei propri farmaci e sono protetti da procedure di servizio nel momento in cui li assumono.

Gli ospiti/utenti sono aiutati ad esercitare le proprie facoltà di scelta e controllo sulla propria vita. I diritti degli ospiti sono tutelati. Gli ospiti/utenti sono protetti dagli abusi. Gli ospiti sono garantiti che al momento della loro morte saranno trattati (loro e i loro familiari) con sensibilità e rispetto.

Coloro che utilizzano i ricoveri di sollievo sono aiutati a massimizzare la propria indipendenza e a rientrare a domicilio.

**9. Verifica dei risultati:** Vengono adottati metodi e strumenti per la valutazione continua del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e organizzativi, per garantire e documentare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza del servizio.

**Risultati attesi dagli utenti**

Gli ospiti/utenti sono salvaguardati dalle procedure di autovalutazione e rendicontazione cui la casa/il servizio è tenuto nei confronti dei pazienti/familiari, il gestore, la comunità..

**10 Miglioramento:** Sono garantiti metodi e strumenti per il miglioramento continuo della qualità e lo sviluppo del sistema, anche tramite la partecipazione di utenti, familiari ed operatori.

**Risultati attesi dagli utenti**

La casa/il servizio rimedia a disservizi, garantisce azioni di prevenzione su potenziali eventi avversi e migliora continuamente il livello di servizio, coinvolgendo gli utilizzatori.

**D.1 REQUISITI GENERALI (RG)**

<b>RG</b>	<b>1</b>		<b>POLITICA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA</b>
		1.1	E' assicurata la coerenza con le scelte della programmazione socio-sanitaria dell'ambito o degli ambiti distrettuali di riferimento.
		1.2	Il soggetto gestore assicura, sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione territoriale e dei servizi invianti, l'adattamento delle scelte gestionali ed organizzative, al fine di rispondere all'evoluzione dei bisogni presenti nell'ambito o negli ambiti territoriali di riferimento.
		1.3	E' redatto il documento della politica del servizio (mandato specifico, visione, obiettivi generali a lungo periodo), in riferimento agli indirizzi contenuti nei documenti costitutivi del servizio.
		1.4	Il soggetto gestore del servizio deve redigere un documento di programmazione pluriennale in cui vengono indicati: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gli obiettivi di medio-lungo periodo, coerenti con gli obiettivi generali;</li> <li>- le strategie gestionali che si intendono perseguire, con particolare riferimento alla gestione delle risorse umane in funzione della continuità assistenziale;</li> <li>- le modalità di verifica dei risultati con particolare riferimento alla personalizzazione dell'assistenza.</li> </ul>
		1.5	Sono assicurati l'informazione ed il coinvolgimento del personale nella politica del servizio.
		1.6	E' assegnata la responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità.
		1.7	E' assicurato il rispetto delle credenze sociali, culturali, religiose di ogni utente.
<b>RG</b>	<b>2</b>		<b>PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO</b>
		2.1	Il soggetto gestore: <ul style="list-style-type: none"> <li>- redige l'organigramma, definendo i livelli di responsabilità organizzativa e professionale del servizio;</li> <li>- dichiara il personale assegnato in riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- numero</li> <li>- titolo di studio/ qualifica</li> <li>- tipo di contratto nazionale ed eventuale contrattazione integrativa</li> <li>- situazione contributiva</li> <li>- ore settimanali in struttura</li> </ul> </li> <li>- assicura che tutto il personale sia competente, qualificato, con padronanza della lingua italiana, per svolgere le attività proprie della qualifica/ruolo lavorativo</li> <li>- assicura orari flessibili e differenziati in relazione alle abitudini ed esigenze degli ospiti per le diverse attività assistenziali: bagni, pasti, riposo pomeridiano e notturno, e per l'abbigliamento in relazione al cambio di stagioni</li> <li>- garantisce un'alimentazione variata, rispettosa della tradizione, appetibile, con possibilità di scelta</li> <li>- assicura che le attività svolte siano programmate e realizzate per la tutela e la promozione del benessere psicofisico e relazionale dell'utente</li> <li>- è dotato di un piano organizzativo delle attività</li> <li>- adotta la cartella sociosanitaria secondo le indicazioni regionali</li> <li>- prevede adeguate modalità identificative dell'operatore (compreso cartellino identificativo con foto e qualifica per ogni operatore)</li> <li>- assicura la fornitura ed il lavaggio delle divise degli operatori</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- assicura la fornitura ed il lavaggio delle divise degli addetti ai servizi alberghieri e manutentivi, se erogati direttamente</li> <li>- descrive le modalità di integrazione tra le figure professionali e i volontari ed i tirocinanti eventualmente presenti</li> <li>- pianifica, organizza e garantisce i seguenti servizi di supporto: alberghieri, di trasporto, amministrativi, pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili, nel rispetto dei bisogni e dei ritmi di vita degli utenti, assicurando l'integrazione con le attività di cura.</li> </ul>
		2.2	Il soggetto gestore assicura le attività assistenziali e di cura in modo unitario, integrato e complessivo, ne è unico responsabile, garantendo che anche l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri e di supporto, in qualsiasi forma prodotti, sia integrata con le attività assistenziali e di cura e persegua l'obiettivo del benessere complessivo dell'utente.
		2.3	Sono definiti funzioni e ruoli tecnico – professionali con l'assegnazione delle rispettive responsabilità (funzionigramma).
		2.4	Sono documentati la specifica formazione ed un curriculum professionale adeguato, anche in ambito organizzativo e manageriale, del coordinatore/responsabile del servizio, tali da assicurare l'espletamento dei contenuti del ruolo lavorativo e delle competenze tecnico-professionali indicati nell'Allegato DA.
		2.5	Sono documentati la specifica formazione e un curriculum professionale adeguato, anche in ambito organizzativo, del responsabile di nucleo.
		2.6	Sono altresì documentate attività finalizzate al mantenimento delle competenze di cui ai precedenti punti 2.4 e 2.5.
		2.7	Devono esistere processi per gestire e contrastare l'instabilità del rapporto di lavoro, in particolare per contrastare le cause di assenza ed il turn over e deve essere assicurato il monitoraggio delle assenze e del turn over.
		2.8	Devono essere definite, sulla base della disciplina di cui agli accordi collettivi in vigore, regole e strategie per eventuali necessità di ricollocazione del personale in caso di inidoneità alle mansioni.
		2.9	Il soggetto gestore garantisce, dandone evidenza nei piani organizzativi, un'organizzazione del lavoro centrata sulla progettazione e verifica del Progetto individuale e sullo svolgimento di incontri sistematici e periodici di confronto, verifica e integrazione interprofessionale (lavoro di équipe) anche sui singoli casi, dai quali risultino le questioni affrontate e le decisioni prese.
		2.10	<p>Il soggetto gestore garantisce l'identificazione delle interfacce e la definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività.</p> <p>In particolare debbono essere descritte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le modalità di integrazione con i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del territorio al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale</li> <li>- le modalità di integrazione con le altre risorse formali ed informali del territorio.</li> </ul>
		2.11	<p>Si dispone di un piano annuale del servizio comprendente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obiettivi specifici</li> <li>- definizione e allocazione delle risorse economiche, umane, tecnologiche (esempio budget)</li> <li>- ambiti e modalità di verifica e di miglioramento</li> <li>- standard di servizio</li> <li>- piani organizzativi.</li> </ul>
		2.12	Il piano organizzativo deve garantire che la biancheria personale degli ospiti sia collocata all'interno dell'armadio personale dell'ospite, sia effettuato il

			monitoraggio del fabbisogno d'indumenti, anche tenendo conto delle variazioni stagionali (cambi abiti estivi/invernali), la garanzia dell'attività di rammendo e di riparazione degli indumenti degli ospiti (valevole per le strutture residenziali)
		2.13	Il soggetto gestore garantisce il lavaggio della biancheria necessaria per il rifacimento letti, teli da bagno e biancheria personale degli ospiti, sia intima che da esterno. I cambi della biancheria piana dei letti degli ospiti deve essere effettuata tenendo conto delle necessità di ogni singolo utente ed almeno una volta alla settimana. [per servizi residenziali e semiresidenziali]
		2.14	Deve essere disponibile una programmazione giornaliera delle attività, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale nell'arco delle 12 o 24 ore o nell'arco dell'orario di apertura), i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale, la modalità e gli strumenti adottati per il passaggio delle consegne e la copertura delle presenze e delle assenze.
		2.15	Il piano organizzativo del servizio di pulizia deve prevedere le operazioni da eseguire con frequenza giornaliera, settimanale, trimestrale e semestrale, tenendo conto delle esigenze di vita degli utenti. La sequenza giornaliera deve prevedere sia l'attività di detersione sia quella di disinfezione. Devono essere conservate le schede tecniche dei prodotti utilizzati e deve essere previsto all'interno del servizio un locale adibito a deposito dei prodotti di pulizia con accesso sicuro e controllato. [per servizi residenziali e semiresidenziali]
		2.16	Deve essere assicurata e documentata la presenza di procedure che diano evidenza di idonee azioni per garantire il benessere microclimatico degli ospiti. Lo strumento predisposto, con declinazione delle responsabilità e delle risorse in campo, deve contenere: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicazioni utili ad organizzare gli interventi di base nel periodo estivo ed invernale;</li> <li>- Indicazioni utili in caso di emergenze climatiche.</li> </ul>
		2.17	Deve essere sostenuta e coordinata l'attività dei volontari, compresi quelli del servizio civile, per renderla coerente ed integrata con le modalità organizzative del servizio.
		2.18	Deve essere data attuazione al Dgls. 81/2008, garantendo l'attuazione degli specifici adempimenti.
<b>R G</b>	<b>3</b>		<b>COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE</b>
		3.1	Il soggetto gestore: <ul style="list-style-type: none"> <li>- redige, diffonde ed aggiorna la Carta dei Servizi;</li> <li>- stabilisce regole di comportamento per l'accesso alla struttura e regole di vita comunitaria, tali da assicurare la libertà di visita, il contatto e la continuità di relazioni tra utenti e familiari, tra utenti e contesto originario di vita, tenendo conto delle esigenze di tutti gli utenti del servizio e della sicurezza [valevole solo per i servizi diurni e residenziali];</li> <li>- rende disponibili per la vigilanza i registri aggiornati degli ospiti, delle presenze e dei turni degli operatori [valevole solo per i servizi diurni e residenziali];</li> <li>- definisce e rende note le modalità strutturate di comunicazione con l'utente e i familiari;</li> <li>- coinvolge l'utente e i suoi familiari nella definizione, attuazione e verifica del progetto individuale e documenta tale coinvolgimento nella cartella</li> </ul>



			<p>sociosanitaria individuale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concorda con l'utente, o coi familiari in caso di incapacità dell'utente, le modalità di gestione degli oggetti personali e del denaro a disposizione dell'utente per le piccole necessità personali, tali da garantire la trasparenza [valevole solo per i servizi diurni e residenziali];</li> <li>- definisce l'entità dell'eventuale deposito cauzionale e la relativa gestione finanziaria [valevole solo per i servizi diurni e residenziali] ;</li> <li>- assicura adeguate modalità e strumenti di comunicazione degli utenti con l'esterno [valevole solo per i servizi diurni e residenziali].-</li> </ul>
		3.2	<p>Il soggetto gestore del servizio assicura una solidità patrimoniale correlata all'entità del servizio che il soggetto intende offrire. Al fine di dimostrare l'affidabilità patrimoniale correlata all'entità del servizio che il soggetto intende offrire, dovrà essere documentato (tramite autocertificazione) che il patrimonio netto sia positivo (<math>&gt; 0</math> ). In caso di mancato rispetto della soglia minima indicata, si dovranno fornire garanzie di impegno da parte dei soci/associati, a ricostituire il patrimonio netto all'interno di tale soglia minima.</p>
		3.3	<p>Il soggetto gestore del servizio garantisce una capacità gestionale che assicuri uno svolgimento efficace ed efficiente del servizio che il soggetto intende offrire e la sua continuità. A tal fine dovranno essere documentate le seguenti condizioni (tramite autocertificazione):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esistenza di un sistema informativo-contabile che garantisca l'assolvimento degli obblighi amministrativo-contabili e fiscali;</li> <li>- regolarità fiscale nell'adempimento di tutti gli obblighi dichiarativi e l'assenza negli ultimi 5 anni di violazioni in materia fiscale sanzionate dagli appositi organi di controllo, ad eccezione di quelle per le quali si è proceduto a presentare regolare ricorso;</li> <li>- iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura se dovuta;</li> <li>- esistenza di adeguate Polizze assicurative, in particolare contro il rischio delle responsabilità civili per danni a cose o a persone connessi all'attività svolta.</li> </ul>
		3.4	<p>Il soggetto gestore assicura con iniziative e strumenti formalizzati e documentati la partecipazione di tutti i soggetti portatori d'interesse, in particolare ai percorsi di valutazione della qualità, anche attraverso le associazioni di rappresentanza.</p>
		3.5	<p>Il soggetto gestore favorisce la partecipazione attiva di utenti e familiari anche tramite la condivisione della definizione delle attività quotidiane del servizio, nonché il loro coinvolgimento nei percorsi di valutazione della qualità.</p>
		3.6	<p>Deve essere assicurata la partecipazione da parte degli operatori e della committenza alla programmazione e verifica delle attività.</p>
		3.7	<p>E' documentato un utilizzo dinamico della Carta dei Servizi per quanto riguarda le funzioni di tutela dei diritti, di gestione dei reclami e di verifica della qualità dei servizi, di attuazione dei progetti di miglioramento, anche con riferimento agli impegni del servizio su specifici indicatori di benessere della persona: es.: cura di sé, relazioni tra utenti e operatori.</p>
		3.8	<p>E' documentato l'utilizzo di modalità e strumenti per l'informazione, l'ascolto e la partecipazione degli utenti e dei familiari (ad esempio questionari di soddisfazione, attività di gruppo finalizzate alle verifiche del servizio, verifiche esterne di cittadini e familiari).</p>

		3.9	Sono organizzate occasioni di socializzazione interne ed esterne che coinvolgono utenti, operatori e famiglie, anche valorizzando l'apporto/aiuto volontario dei familiari.
		3.10	Sono organizzati momenti sistematici di coordinamento, di integrazione e di diffusione interni alla organizzazione (ad esempio riunioni di struttura in occasione della definizione degli obiettivi, della valutazione dei risultati, diffusione di documenti, ecc.).
		3.11	Il piano individuale, redatto con un linguaggio ed un formato facilmente leggibile e comprensibile, è sottoscritto dall'utente e/o dai familiari, o in caso di necessità dai legali rappresentanti o dall'amministratore di sostegno.
		3.12	L'autonomia e la libera scelta degli utenti sono rispettate come espressione di identità e libertà personale e sono definite le relative modalità operative (es.: scelte di alimentazione e di vestiario, uscite, etc).
<b>RG</b>	<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b> [valido solo per le strutture residenziali e diurne]
		4.1	Devono essere assicurati i requisiti strutturali stabiliti per legge e il possesso della autorizzazione al funzionamento, per le tipologie di servizio per le quali è prevista.
		4.2	Devono essere assicurate adeguate condizioni di benessere microclimatico degli utenti (comprehensive di temperatura, regolazione dell'umidità e ricambio d'aria) nel periodo invernale ed estivo .
		4.3	Deve essere garantita un'autovalutazione delle performance energetiche della struttura, basate su criteri e parametri territoriali, urbanistici, strutturali ed impiantistici, tenendo conto delle interazioni tra edificio e fattori climatici.
		4.4	Le autovalutazioni devono contenere un'analisi oggettiva delle condizioni della struttura rispetto al rischio di disagio termico. Elementi essenziali su cui si basa l'autovalutazione delle performance energetiche della struttura sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione della zona dal punto di vista climatico (altimetria, zonizzazione, ecc);</li> <li>- Relazione tra area edificata e non edificata;</li> <li>- Caratteristiche dell'edificio (coibentazione, caratteristiche architettoniche interne ed esterne);</li> <li>- Dotazioni impiantistiche e/o tecnologiche (sistemi di raffrescamento, ecc);</li> <li>- Attuali sistemi di rilevazione interna temperatura, umidità, ricambio di aria.</li> </ul>
		4.5	Deve essere definito un piano che identifichi gli interventi e le soluzioni correlate alle diverse situazioni dei singoli edifici in grado di garantire il benessere microclimatico degli ospiti.
		4.6	Deve essere assicurato un sistema, di riscaldamento invernale e di rinfrescamento estivo, con possibilità di regolazione differenziata della temperatura per ambiente, di controllo per l'umidità e il ricambio di aria, tenendo conto delle caratteristiche e preferenze dei singoli utenti.
<b>RG</b>	<b>5</b>		<b>ATTREZZATURE (ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b> [valido solo per le strutture residenziali e diurne]
		5.1	Devono essere presenti arredi adeguati alla tipologia degli utenti che ne favoriscano l'autonomia.
		5.2	In relazione ai bisogni e alle specifiche condizioni di ogni utente, Il soggetto gestore deve assicurare la disponibilità degli ausili, dei dispositivi medico-sanitari e delle apparecchiature elettromedicali necessarie al soddisfacimento dei bisogni degli utenti secondo quanto previsto nei Piani di assistenza individuali.

		5.3	E' documentata la programmazione degli acquisti e la manutenzione delle attrezzature.
		5.4	Il personale contribuisce alla gestione delle attrezzature, tramite il corretto utilizzo (addestramento), la pulizia e la manutenzione legate all'uso quotidiano, l'attivazione delle procedure per la manutenzione correttiva.
<b>RG</b>	<b>6</b>		<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
		6.1	Sono esplicitate le modalità attraverso le quali il servizio seleziona il personale, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione di caratteristiche personali e professionali per l'accesso;</li> <li>- definizione di regole per l'accesso;</li> <li>- presenza di strumenti formalizzati per l'accesso (domanda di lavoro, scheda colloquio, scheda di valutazione, reportistica relativa al loro utilizzo).</li> </ul>
		6.2	In particolare, i criteri di selezione del personale devono basarsi sulla verifica del possesso di caratteristiche idonee alla tipologia di utenza del servizio nel rispetto dei requisiti di accesso prescritti.
		6.3	Sono definiti i percorsi per l'inserimento del personale.
		6.4	È definito il piano di affiancamento.
		6.5	E' prevista la valutazione conclusiva della idoneità al ruolo.
		6.6	E' individuato il responsabile della formazione.
		6.7	È redatto il piano annuale della formazione/aggiornamento, comprensivo della formazione all'uso delle nuove tecnologie e per la sicurezza. Il piano è orientato a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) favorire l'approccio all'integrazione socio-sanitaria e interprofessionale;</li> <li>2) sviluppare progetti mirati a risolvere le criticità e a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato.</li> </ol> I contenuti del piano comprendono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- percorsi di approfondimento tecnico-professionale;</li> <li>- percorsi di approfondimento sulla metodologia del lavoro sociale, sull'integrazione multiprofessionale e sul lavoro in equipe;</li> <li>- progetti di riqualificazione del personale;</li> <li>- opportunità di aggiornamento e formazione dei volontari, anche in collaborazione con i Centri servizio volontariato.</li> </ul> Il piano deve assicurare la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori in un arco di tempo pluriennale. La formazione deve essere documentata in modo tale da rendere riconoscibili i percorsi e i risultati della formazione, e ove possibile i crediti formativi. Deve essere assicurato un programma annuale di formazione continua ed aggiornamento, che interessi tutti gli operatori per almeno 15 ore annuali. Per il personale sanitario, deve essere prevista l'acquisizione dei necessari crediti formativi secondo Educazione Continua in Medicina.
		6.8	E' documentata la partecipazione del personale alla definizione del bisogno formativo.
		6.9	E' documentata la condivisione delle conoscenze acquisite.
		6.10	E' documentata la disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico – scientifiche.
		6.11	Devono essere garantite forme di supervisione per gli operatori.
		6.12	Deve essere assicurata la regolarità contributiva, previdenziale e assicurativa, inerente ai rapporti di lavoro dipendente e assimilati. Per regolarità



			contributiva deve intendersi la correttezza nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi nonché l'osservanza di tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente.
		6.13	Devono inoltre essere rispettati tutti gli adempimenti che il datore di lavoro, in qualità di sostituto d'imposta, deve assolvere relativamente ai rapporti di lavoro dipendente e assimilati e l'assenza negli ultimi 5 anni di violazioni sanzionate dagli appositi organi di controllo, ad eccezione di quelle per le quali si è proceduto a presentare regolare ricorso.
		6.14	Il soggetto gestore del servizio garantisce azioni di attrazione del personale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- azioni formalizzate e documentate di comunicazione esterna e marketing sociale;</li> <li>- contatti e azioni formalizzate e documentate con enti di formazione, scuole, università, agenzie per l'impiego;</li> <li>- tirocini all'interno dell'organizzazione;</li> </ul>
		6.15	Il soggetto gestore del servizio assicura azioni di fidelizzazione del personale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione di politiche incentivanti per il personale</li> <li>- azioni per lo sviluppo dell'identità sociale e la condivisione della mission</li> </ul>
		6.16	Devono essere utilizzati strumenti che permettano di monitorare e migliorare il livello di motivazione e il clima organizzativo (anche attraverso strumenti per misurare la soddisfazione degli operatori, l'adesione ai cambiamenti organizzativi, la flessibilità) e di prevenire il burn out del personale. Devono inoltre essere definiti i tempi e le modalità di utilizzo di tali strumenti.
<b>RG</b>	<b>7</b>		<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>
		7.1	Esiste una procedura per la gestione della documentazione (classificazione dei documenti, responsabilità e regole di approvazione, diffusione, rintracciabilità).
		7.2	E' documentata la conoscenza da parte del personale del sistema informativo in uso e la partecipazione alla raccolta e all'analisi dei dati.
		7.3	Devono essere adottati in via ordinaria strumenti di analisi e rendicontazione sui costi di produzione.
<b>RG</b>	<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
		8.1	Devono esistere procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività connesse all'assistenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- accesso (con definizione delle modalità di attivazione del servizio, di accoglienza e di primo accesso),</li> <li>- presa in carico,</li> <li>- passaggio in cura,</li> <li>- igiene personale,</li> <li>- igiene, antisepsi, disinfezione, sterilizzazione,</li> <li>- misure idonee per la gestione del rischio di trasmissione degli agenti infettivi,</li> <li>- dimissione personalizzata e progettata con la rete dei servizi e i familiari, assicurando quanto necessario per garantire la continuità assistenziale,</li> <li>- decesso</li> <li>- modalità di comunicazione e relazione con l'utente e con i familiari</li> <li>- idonee azioni per limitare l'impatto di ondate di calore,</li> <li>- verifica dello stato di benessere dell'utente in relazione alla globalità dei bisogni e al contesto di vita.</li> </ul>
		8.2	Devono esistere procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle



			principali attività di supporto: servizi alberghieri, di trasporto, amministrativi, pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili.
		8.3	Deve esistere la procedura per la gestione della cartella socio sanitaria.
		8.4	<p>Deve esistere la procedura per la definizione, attuazione, valutazione e riformulazione periodica (almeno semestrale) per ogni utente del Piano di assistenza individuale (PAI) o del Piano educativo individualizzato (PEI). La procedura di definizione e adeguamento del PAI e del PEI deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione multidimensionale e multi professionale integrata dell'utente con strumenti riconosciuti in ambito scientifico;</li> <li>- l'individuazione degli obiettivi specifici d'intervento;</li> <li>- l'individuazione dell'operatore/trice referente del PAI del PEI;</li> <li>- l'informazione e il coinvolgimento dell'utente e/o dei suoi familiari nella definizione del PAI e del PEI;</li> <li>- la formalizzazione del PAI e del PEI, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della titolarità degli interventi;</li> <li>- la realizzazione di attività di verifica sul PAI e del PEI (procedure, tempi e strumenti);</li> <li>- la ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione.</li> </ul>
		8.5	Il PAI o il PEI e la periodicità della sua revisione devono essere definiti in accordo e in continuità con il progetto di vita e di cura predisposto dai servizi sanitari e sociali che inviano l'utente.
		8.6	E' documentato il rispetto delle procedure per l'accesso e la dimissione del servizio (es. eleggibilità, liste di attesa, accesso in urgenza/emergenza, sollievo) concordate con i servizi territoriali competenti.
		8.7	<p>Il soggetto gestore deve assicurare che gli utenti siano protetti da ogni forma di abuso. A questo fine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definisce procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, privacy, protezione dallo sfruttamento di qualsiasi tipo, da negligenza, da discriminazioni, da trattamenti non rispettosi della dignità personale).</li> <li>- definisce la procedura per la gestione dei reclami.</li> </ul>
		8.8	Devono esistere procedure/istruzioni operative per assicurare la prevenzione e il controllo dei problemi sanitari più frequenti (comprese infezioni, piaghe da decubito, emergenze).
		8.9	<p>Per ogni processo assistenziale indicato nei requisiti specifici per ogni tipologia di servizio devono essere definite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le finalità;</li> <li>- le responsabilità;</li> <li>- le azioni/attività/fasi;</li> <li>- i riferimenti interni (regolamenti, carta dei servizi, etc.) o esterni (normative, etc.);</li> <li>- la documentazione di supporto (strumenti, moduli, etc.).</li> </ul>
		8.10	Devono essere assicurate azioni ed interventi finalizzati alla prevenzione delle cadute.
		8.11	Deve esistere la procedura per assicurare, in funzione della tipologia del servizio, la gestione delle varie 'emergenze' (organizzativa, tecnologica, ambientale, da problemi assistenziali).
		8.12	Deve esistere la procedura per la sostituzione del personale.

		8.13	Deve esistere la procedura per la gestione dei farmaci, differenziata in base alla tipologia del servizio.
		8.14	Deve essere assicurato il rilascio della dichiarazione annua relativa alle spese per l'assistenza specifica e medica generica in tempi utili per la fruizione delle agevolazioni fiscali in sede di dichiarazione dei redditi.
		8.15	Devono esistere procedure per gli interventi di manutenzione preventiva e correttiva delle strutture e degli impianti [valevole solo per i servizi diurni e residenziali].
		8.16	Il soggetto gestore, nel rispetto della normativa vigente, definisce le modalità attraverso le quali favorisce e supporta l'esercizio dei diritti legali degli utenti (facoltà di esercizio delle disposizioni testamentarie, consenso informato sulle prestazioni sanitarie, aspetti pensionistici e previdenziali, provvidenze economiche e ausili, etc.) anche in collaborazione con i familiari.
		8.17	Sono redatte procedure per la selezione e valutazione dei fornitori di beni e servizi prodotti all'esterno.
		8.18	Sono redatte procedure per la sicurezza e la gestione dei rischi connessi alle caratteristiche specifiche dell'utenza e del servizio, relativi agli utenti e al personale.
		8.19	Sono assicurate le procedure per garantire un'adeguata individuazione del fabbisogno e degli approvvigionamenti di farmaci e presidi, e la corretta modalità di conservazione, distribuzione e somministrazione di farmaci e presidi.
		8.20	Il fabbisogno alimentare e le diete degli utenti sono definite in collaborazione con esperti nutrizionisti, variate in relazione alla disponibilità stagionale degli alimenti, garantendo la possibilità - in relazione alle eventuali specifiche esigenze dietetiche degli utenti - di somministrare diete personalizzate. Deve essere assicurata la distribuzione degli alimenti in caso di sciopero o emergenza dovuta ad altri fattori (mancanza d'acqua, etc).
		8.21	La variazione delle diete in relazione alla disponibilità stagionale degli alimenti deve privilegiare l'uso di alimenti freschi.
		8.22	Deve essere garantito un protocollo e le relazioni con i servizi competenti per la gestione del dolore.
		8.23	Deve essere assicurata la disinfestazione dei locali.
		8.24	Le procedure/istruzioni operative adottate devono essere documentate e conosciute dal personale.
<b>RG</b>	<b>9</b>		<b>VERIFICA DEI RISULTATI</b>
		9.1	Sono state individuate le responsabilità per la verifica dei risultati.
		9.2	Esiste un piano di verifica annuale del servizio comprendente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici del servizio;</li> <li>- valutazione documentata dell'attività annuale pianificata con indicatori di qualità riguardanti risorse umane e strumentali, impegni della Carta dei Servizi, soddisfazione degli utenti e reclami, clima organizzativo, aderenza alle procedure per la appropriatezza/continuità assistenziale</li> <li>- valutazione documentata dei risultati dei Progetti individuali (valutazione dell'efficacia) e della qualità tecnica del servizio, con metodi adeguati;</li> <li>- valutazione documentata della gestione economica annuale (rapporto entrate/uscite).</li> </ul>
		9.3	I risultati sono portati a conoscenza e discussi con utenti, familiari, operatori e committenza.

		9.4	Il soggetto gestore assicura un sistema di rilevazione e valutazione dei reclami e di eventuali risultanze di inappropriatezza dell'attività svolta desunte dai sistemi di monitoraggio delle attività.
<b>RG</b>	<b>10</b>		<b>MIGLIORAMENTO</b>
		10.1	Sono state individuate le responsabilità per il miglioramento.
		10.2	Esiste un processo documentato per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento che tengano conto delle valutazioni espresse dagli utenti e dai loro familiari.
		10.3	La realizzazione e la valutazione dei progetti di miglioramento è formalizzata e documentata.
		10.4	I risultati conseguiti sono documentati e diffusi alle parti interessate.

## D.2 REQUISITI SPECIFICI

### D.2.1 – REQUISITI SPECIFICI SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (SPAD)

SPAD	2	PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO
	2.1	Devono operare nel servizio secondo specifica programmazione le seguenti figure professionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'operatore socio-sanitario (OSS), secondo le modalità previste nell'allegato DB;</li> <li>- il coordinatore del servizio con specifica professionalità sociale;</li> <li>- l'educatore, secondo le modalità previste nell'allegato DB, per interventi di carattere socio-educativo a sostegno dell'autonomia relazionale delle persone con disabilità,</li> <li>- personale amministrativo.</li> </ul>
	2.2	Il soggetto gestore documenta le modalità di collaborazione ed integrazione con le AUSL (in particolare gli accordi e protocolli con l'Ausl riguardo alla modalità di relazione e collaborazione con il Dipartimento di cure primarie su base distrettuale e i Medici di Medicina generale) e le modalità di erogazione della consulenza medico specialistica e riabilitativa rivolta agli utenti del servizio, favorendo una organizzazione del servizio di assistenza domiciliare con sub articolazione operativa coincidente con gli ambiti di intervento dei Nuclei di cure primarie, sulla base di quanto concordato tra Comuni ed AUSL. Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.
	2.3	E' documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata.
	2.4	Il soggetto gestore assicura la partecipazione alla predisposizione ed all'aggiornamento del PAI o del PEI che sono definiti dai servizi territoriali competenti per l'accesso alla rete dei servizi, in quanto espressione della committenza, assicurando la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari. Il soggetto gestore garantisce la completa attuazione del PAI/PEI.
	2.5	E' individuato un responsabile operativo per ogni piano individualizzato e si favorisce la continuità degli operatori che seguono un caso.
	2.6	Deve essere assicurata, in relazione ai bisogni delle persone e del nucleo familiare e di quanto previsto nei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) o nei Piani Educativi Individualizzati (PEI), l'operatività del servizio nell'arco di almeno 12 ore giornaliere, per tutti i giorni della settimana, anche nell'arco delle 24 ore se necessario.
	2.7	Devono essere garantite, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno, la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio, qualora previsto dal PAI o dal PEI, con la possibilità di scelta tra menù diversi, la garanzia di menù personalizzati anche per esigenze dietetiche particolari e la preventiva adozione di soluzioni atte a garantire il servizio anche in caso di emergenze. Nel caso in cui il servizio di fornitura del pasto venga fornito da un soggetto diverso dal soggetto gestore del servizio di assistenza domiciliare, il soggetto gestore è tenuto ad assicurarne l'integrazione con le attività assistenziali e di cura, perseguendo l'obiettivo del benessere complessivo della persona.
	2.8	Alle persone con demenza e gravi disturbi del comportamento deve essere garantito



			uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza", che il servizio deve adottare, secondo le indicazioni contenute nell'allegato DC.
<b>SPAD</b>	<b>3</b>		<b>COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE</b>
		3.1	Il soggetto gestore definisce e rende noti orari, giorni di apertura e reperibilità telefonica
		3.2	Sono esplicitate le modalità di attivazione del servizio, i tempi e i costi.
		3.3	Con l'utente preso in carico, è formalizzato un "contratto" assistenziale in cui si definiscono: i contenuti del piano individualizzato di assistenza o del piano educativo individualizzato, le modalità di coinvolgimento dei familiari e/o dell'assistente familiare (ove presente), la copertura assicurativa, gli aspetti economici, l'impegno a rispettare i tempi concordati e a comunicare variazioni dell'orario dell'intervento o eventuali sospensioni del servizio.
		3.4	Il soggetto gestore deve assicurare e documentare il coinvolgimento, da parte degli operatori del servizio, dei familiari e/o dell'assistente privato nel processo di cura, con la definizione e il coordinamento dei rispettivi compiti e la programmazione dell'attività di supervisione, affiancamento e tutoring dei caregiver.
		3.5	Il soggetto gestore promuove strategie di interazione con la comunità locale, favorendo la creazione di reti con il terzo settore e con gli altri soggetti del sistema.
		3.6	Il soggetto gestore documenta, attraverso un accordo condiviso, la collaborazione con i soggetti istituzionali competenti per assicurare la tempestiva, appropriata e personalizzata fruizione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.), favorendo il benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver. Il soggetto gestore concorre all'individuazione dei bisogni manutentivi degli ausili specifici in dotazione all'utente e supporta l'utente stesso ed i familiari nell'attivazione dei relativi interventi da parte dei soggetti tenuti ad assicurarne la manutenzione.
		3.7	L'ente gestore documenta le procedure attivate affinché, nell'ambito della valutazione multidimensionale, sulla base delle condizioni dell'abitazione, qualora si ravvisi la necessità di interventi per l'adattamento domestico in relazione alle condizioni individuali di chi riceve l'assistenza e le cure e di chi le assicura, sia garantita l'attivazione del Centro Provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) per le consulenze tecniche e l'eventuale proposta di contributi economici, secondo le modalità definite in ambito distrettuale, anche al fine di assicurare suggerimenti per le soluzioni possibili affinché gli arredi, gli ausili e le attrezzature abbiano le caratteristiche e siano collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare e sicuro.
<b>SPAD</b>	<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
		4.1	La sede del servizio deve essere chiaramente identificabile grazie alla presenza di segnaletica adeguata. I locali devono essere adeguati alle funzioni che vi vengono svolte e a norma rispetto ai requisiti di sicurezza. Deve essere previsto uno spazio dedicato alla ricezione del pubblico totalmente accessibile e che tuteli la privacy degli utenti.
<b>SPAD</b>	<b>5</b>		<b>ATTREZZATURE ( ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
		5.1	Il soggetto gestore assicura la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo: - delle divise, dei presidi per la sicurezza e del materiale di consumo necessario per le attività al domicilio; - dei mezzi idonei in numero e tipologia, adeguati alle caratteristiche del territorio, per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori;

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- di adeguate modalità di trasporto per promuovere la partecipazione alla vita sociale e di relazione degli assistiti a domicilio, anche in accordo con gli enti e le organizzazioni di volontariato che assicurano il trasporto sociale;</li> <li>- di adeguati mezzi di comunicazione con gli operatori in servizio.</li> </ul>
<b>SPAD</b>	<b>7</b>		<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>
		7.1	Viene utilizzato e gestito a livello informatizzato il sistema di valutazione delle condizioni di bisogno dell'ospite, sulla base delle indicazioni regionali e viene assolto il debito informativo.
<b>SPAD</b>	<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
		8.1	Il soggetto gestore da evidenza della condivisione con i Comuni ed il Dipartimento di cure Primarie, su base distrettuale, di protocolli e percorsi assistenziali per la valutazione e la presa in carico.
		8.2	E' assicurata la predisposizione di un piano assistenziale individualizzato integrato comprensivo di indicazioni relative ai tempi (sincronia, complementarietà, frequenze, grado complessivo di copertura giornaliera/settimanale) e alla intensità (professionalità, attività, modalità di erogazione, verifiche).
		8.3	Il PAI o il PEI dovrà inoltre includere l'individuazione degli obiettivi specifici dell'intervento sull'utente e di obiettivi specifici sul caregiver oltre agli strumenti utilizzati per il passaggio delle informazioni tra gli operatori che seguono il medesimo utente.
		8.4	Nel caso di contemporaneo intervento socio-assistenziale e sanitario, il programma individuale di assistenza deve essere unico e integrato così come gli strumenti informativi (cartella socio-sanitaria) e di comunicazione tra gli operatori e con la famiglia ed individuato un unico responsabile del caso, al quale si rapportano tutti i servizi. In tal caso deve essere anche assicurata la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma dimissione protette, le cui modalità sono definite congiuntamente da Comuni e AUSL a livello di ambito distrettuale
		8.5	Il soggetto gestore assicura il monitoraggio del percorso assistenziale e segnala tempestivamente al Responsabile del Caso il cambiamento delle condizioni della persona assistita.
		8.6	Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetto dei tempi massimi per la presa in carico in caso di dimissione da struttura;</li> <li>- alzate;</li> <li>- bagno di pulizia;</li> <li>- miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato DC.</li> </ul>
		8.7	Devono essere assicurate, con strumenti e metodologie specifiche: la valutazione del rischio e della stadiazione delle lesioni da decubito, il controllo delle infezioni, l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.
		8.8	Devono essere stabilite procedure per la definizione dei carichi di lavoro con l'individuazione dei tempi per il lavoro diretto presso il domicilio, per il lavoro di preparazione e per il lavoro di coordinamento.

**D.2.2 – REQUISITI SPECIFICI CENTRO DIURNO ANZIANI (SPCDA)**

SPCDA	2	PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO
		<b>Standard di assistenza</b>
	2.1.	Per favorire la più ampia copertura dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie, Il soggetto gestore assicura, su richiesta, la possibilità di estensione dell'orario di apertura giornaliero (di norma non inferiore alle 10 ore giornaliere) e l'estensione delle giornate di apertura settimanali (anche ai festivi).
	2.2	Deve operare nella struttura, con specifica programmazione, l'operatore socio sanitario (OSS) secondo le modalità previste nell'allegato DB. Il soggetto gestore assicura una adeguata presenza di personale qualificato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti come individuati nel PAI, assicurando la necessaria flessibilità nella fruizione del servizio, e comunque nella misura minima di:
	2.2.1	operatori socio sanitari nel rapporto di almeno 1 operatore ogni 8 utenti non autosufficienti di grado moderato, 1 operatore per ogni 5 utenti non autosufficienti di grado severo. La presenza di OSS deve essere adeguata in base alle esigenze individuali evidenziate nel PAI, in particolare per le persone con demenza con gravi disturbi comportamentali. In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS, se previsto dal PAI, durante l'effettuazione di prestazioni quali: mobilitazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;
	2.2.2	un animatore nel rapporto di 12 ore settimanali ogni 10 utenti e di ulteriori 3 ore per ulteriori 5 utenti;
	2.2.3	un coordinatore del servizio o un responsabile delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 utenti, eventualmente ridotto in modo proporzionale. Se trattasi di servizio integrato in una casa protetta/ RSA, tale funzione può essere svolta in modo integrato con la struttura residenziale;
	2.2.4	un infermiere nel rapporto minimo di 3 ore settimanali sino a 14 utenti e 4 ore settimanali per 15 o più utenti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici. In aggiunta con presenza programmata per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza;
	2.2.5	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. Inoltre ed in aggiunta la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza.
	2.2.6	E' documentata la consulenza dello psicologo per il supporto emotivo, psicologico e relazionale degli utenti e familiari nonché per gli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori.
	2.2.7	Il soggetto gestore documenta: - Gli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa rivolta alla struttura - Le modalità di collaborazione con l'Ausl Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.
		<b>Requisiti organizzativi di struttura</b>
	2.3	E' essere assicurata l'elaborazione, la verifica e l'aggiornamento di uno specifico programma (settimanale) di attività motoria e di riattivazione per il



			miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale, cui partecipano anche gli operatori socio-sanitari (OSS), collegato a quanto previsto dai singoli PAI.
		2.4	E' documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità il programma di attività motoria personalizzata.
		2.5	Viene elaborato e attuato uno specifico programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali, con attività ricreative e occupazionali, socioriabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità, rispettando e valorizzando, ove possibile, le storie personali, le preferenze e gli orientamenti culturali.
		2.6	Il programma di animazione deve tenere conto delle condizioni individuali della persona, delle possibilità soggettive di partecipazione e di scelta della persona.
		2.7	Alle persone con demenza deve essere garantito uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza", che la struttura deve adottare, secondo le indicazioni contenute nell'allegato DC.
		2.8	E' assicurata la possibilità di fruire di un servizio di trasporto dal proprio domicilio al centro diurno e viceversa, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni dell'utente, anche mediante accordo e collaborazione con enti ed organizzazioni del volontariato che assicurano il trasporto sociale.
		2.9	Nel caso di attivazione, sulla base delle esigenze della programmazione territoriale, di centri diurni dedicati a soggetti dementi, che hanno bisogno di accoglienza temporanea nella fase con elevati disturbi comportamentali e/o cognitivi, in coerenza con la programmazione territoriale, Il soggetto gestore garantisce gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/ funzionali e strutturali indicati nell'allegato DF. Tali requisiti sono da osservare anche nel caso sia prevista in un centro diurno non dedicato a soggetti dementi la gestione integrata di una sezione dedicata a soggetti dementi, per l'accoglienza temporanea nella fase con elevati disturbi comportamentali e/o cognitivi.
<b>SPCDA</b>	<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
		4.1	La capacità ricettiva va di norma da un minimo di 5 ad un massimo di 25 ospiti, garantendo una organizzazione degli spazi, delle attività e delle prestazioni per gruppi omogenei, in base alle caratteristiche ed alle esigenze degli utenti.
		4.2	Le strutture che alla data di approvazione del presente documento sono già autorizzate o hanno già ottenuto l'autorizzazione a costruire dagli organi competenti o saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008) debbono rispettare i requisiti strutturali previsti dalla Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000.
		4.3	Le nuove strutture e quelle che al momento dell'approvazione del presente documento sono ancora prive dell'autorizzazione a costruire, ad eccezione di quelle che saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008), in caso di richiesta di



			<p>accreditamento debbono rispettare i seguenti parametri. Devono essere presenti dei locali comuni, anche ad uso polivalente, per una superficie complessiva sufficiente in rapporto alla capacità ricettiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona soggiorno</li> <li>- Zona pranzo</li> <li>- Zona riposo</li> <li>- Zona destinata ad attività di mobilitazione</li> <li>- Almeno 1 servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza fino a 10 ospiti; 2 per una capacità ricettiva oltre i 10 ospiti</li> <li>- Servizi igienici per il personale separati da quelli per gli ospiti.</li> </ul>
		4.4	I locali sopraindicati possono essere condivisi con altra tipologia di servizi per anziani presenti nell'immobile (alloggi con servizi, casa-residenza per anziani non autosufficienti, etc.); in questo caso, le dimensioni e l'articolazione degli spazi dovrà tenere conto del numero complessivo degli utenti che può essere presente nei locali e dovrà essere indicato anche nell'autorizzazione al funzionamento per quali locali, precisando con quale altra struttura vengono condivisi.
		4.5	I locali destinati alla erogazione di servizi e prestazioni non obbligatorie, qualora previste, devono essere a norma con le disposizioni vigenti.
		4.6	Devono essere altresì previsti locali che consentano attività di piccolo gruppo e/o gli incontri tra utenti e conoscenti/familiari.
<b>SPCDA</b>	<b>5</b>		<b>ATTREZZATURE ( ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
		5.1	La struttura deve assicurare le attrezzature e gli ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare del riposo, dell'igiene, dell'alimentazione e dell'idratazione, della mobilitazione, della sicurezza, della eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al PAI.
		5.2	Devono comunque essere presenti :
		5.2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrimani a parete nei percorsi principali</li> <li>- Dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue</li> <li>- Ausili posturali</li> <li>- Poltrone relax</li> <li>- Dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti</li> </ul>
		5.2.2	<p>Attrezzature sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sfigmomanometro</li> <li>- Termometri per la rilevazione della temperatura</li> <li>- Apparecchio per la rilevazione della glicemia</li> </ul>
		5.3	Il soggetto gestore deve comunque garantire la disponibilità degli altri arredi e attrezzature elettromedicali necessarie al soddisfacimento dei bisogni anche sanitari degli utenti secondo quanto previsto dai Piani di assistenza individualizzata.
		5.4	Gli arredi, gli ausili e le attrezzature devono avere caratteristiche ed essere collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare.
<b>SPCDA</b>	<b>7</b>		<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>
		7.1	Viene utilizzato e gestito a livello informatizzato il sistema di valutazione delle condizioni di bisogno dell'ospite, sulla base delle indicazioni regionali e viene assicurato l'assolvimento del debito informativo.
<b>SPCDA</b>	<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
		8.1	Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in

			<p>relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagno di pulizia</li> <li>- alzate</li> <li>- alimentazione e idratazione</li> <li>- prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito anche con il corretto utilizzo dei presidi</li> <li>- procedure assistenziali-sanitarie più diffuse o più complesse, quali ad esempio: cateterismo vescicale, medicazioni, catetere venoso eparinato, etc.</li> <li>- riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio, e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura</li> <li>- miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato DC .</li> </ul>
		8.2	Devono essere assicurate, con strumenti e metodologie specifiche, procedure per la valutazione del rischio e il controllo delle infezioni, l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.
		8.3	Il soggetto gestore deve assicurare gli interventi, le azioni e la collaborazione con gli altri servizi coinvolti, finalizzata a garantire la continuità nell'attuazione del progetto terapeutico.

### D.2.3 - REQUISITI SPECIFICI CASA-RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (SPRA)

SPRA	2		PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO
			<b>Standard di assistenza</b>
		2.1	Deve operare nella struttura, con specifica programmazione, l'operatore socio sanitario (OSS) secondo le modalità previste nell'allegato DB. Il soggetto gestore assicura una adeguata presenza di personale qualificato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti come individuati nei PAI, assicurando la necessaria flessibilità nella fruizione del servizio, e comunque nella misura minima di:
		2.1.1	operatori sociosanitari nel rapporto definito dal case-mix di struttura prevedendo il rapporto minimo di 1 operatore ogni 3,1 anziani classificati nel gruppo "Soggetti con disabilità di grado moderato", 1 operatore ogni 2,6 anziani classificati nel gruppo "Soggetti con disabilità di grado severo", 1 operatore ogni 2 anziani classificati nel gruppo "Soggetti con elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale" e 1 operatore ogni 1,8 ospiti classificati "Soggetti con grave disturbo comportamentale" o in relazione a bisogni assistenziali più elevati, per assistenza diurna e notturna, con esclusione delle funzioni connesse alla pulizia degli spazi.
		2.1.2	In ogni caso deve essere assicurata, se prevista dal PAI, la presenza contemporanea di due OSS durante l'effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilizzazione per fini posturali a letto e/o in carrozzina, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;
		2.1.3	un responsabile di nucleo per le attività assistenziali: responsabile delle attività assistenziali (RAA) o infermiere per i nuclei che ospitano persone a più alta complessità sanitaria che richiedono maggiore integrazione socio-sanitaria. Nelle strutture con un solo nucleo sino a 25 posti letto il coordinatore responsabile a tempo pieno può svolgere anche le funzioni di responsabile di nucleo;
		2.1.4	infermieri nel rapporto minimo di 1 ogni 12 anziani da aumentare in relazione ai bisogni di salute degli ospiti in relazione a quanto previsto nei PAI e comunque assicurando, nelle strutture che accolgono anziani non autosufficienti con elevate necessità socio-sanitarie, la presenza infermieristica 24 ore su 24;
		2.1.5	fisioterapista nel rapporto minimo di 1 ogni 60 ospiti, da aumentare ad 1 ogni 40 in relazione ai bisogni riabilitativi degli ospiti secondo quanto previsto nei PAI;
		2.1.6	un medico con presenza programmata da un minimo di 5 ore settimanali a un massimo di 15 ogni 25 anziani in relazione alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti;
		2.1.7	un responsabile delle attività sanitaria con presenza programmata di 5 ore settimanali ogni 25 ospiti.
		2.1.8	Nelle strutture da 35 a 75 p.l., Il soggetto gestore assicura l'attività di un Coordinatore a tempo pieno. Nelle strutture di capacità recettiva inferiore ai 35 ospiti, il coordinatore deve assicurare almeno 24 ore settimanali; nelle strutture di capacità ricettiva superiore a 75 posti, l'attività del coordinatore deve essere proporzionalmente adeguata.
		2.1.9	E' documentata la consulenza dello psicologo per il supporto emotivo, psicologico e relazionale di utenti e familiari, in relazione a quanto previsto dai PAI, nonché per gli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori, secondo quanto previsto da specifico programma di



			struttura.
		2.1.10	Il soggetto gestore deve assicurare la presenza di un animatore per attività programmate ogni 60 ospiti.
		2.1.11	Il soggetto gestore documenta gli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa rivolta alla struttura, ai trasporti sanitari ed alle modalità di ricovero e dimissione ospedaliera. Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.
			<b>Requisiti organizzativi di struttura</b>
		2.2	E' assicurata l'elaborazione, la verifica e l'aggiornamento di uno specifico Programma (settimanale) di attività motoria e di riattivazione funzionale per il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale, collegato al PAI, cui partecipano anche gli Operatori socio-sanitari (OSS).
		2.3	E' documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata.
		2.4	Viene elaborato e attuato uno specifico programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali, con attività ricreative e occupazionali, socio-riabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità, rispettando e valorizzando ove possibile le storie personali, le preferenze e gli orientamenti culturali.
		2.5	Il programma di animazione deve tenere conto delle condizioni individuali della persona, delle possibilità soggettive di partecipazione attiva e della scelta della persona stessa.
		2.6	Alle persone con demenza deve essere garantito uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza", che la struttura deve adottare, secondo le indicazioni contenute nell'allegato DC.
		2.7	E' assicurata la possibilità di fruire di un servizio di trasporto, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni dell'utente, anche mediante accordo e collaborazione con enti ed organizzazioni del volontariato che assicurano il trasporto sociale, con esclusione dei trasporti per persone che necessitano di trasporto sanitario a carico del Servizio Sanitario nazionale.
		2.8	In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), Il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali o dei nuclei residenziali dedicati, garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato DD e nell'allegato DE.
		2.9	In caso di attivazione, sulla base delle esigenze della programmazione territoriale, di nuclei residenziali dedicati a soggetti dementi nella fase con disturbi comportamentali che hanno bisogno di accoglienza temporanea, Il soggetto gestore ne assicura la gestione integrata garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato DF.
<b>SPRA</b>	<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
		4.1	Le strutture che alla data di approvazione del presente documento sono già autorizzate o hanno già ottenuto l'autorizzazione a costruire dagli organi competenti o saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con



			<p>le procedure attivate con la DGR 845/2008) debbono rispettare i requisiti strutturali previsti dalla Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000.</p> <p>Nel caso di ristrutturazioni si applicano le norme vigenti previste dalla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento.</p>
	4.2		<p>Al fine di promuovere il miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere delle strutture accreditate di cui sopra il soggetto gestore, in sede di prima richiesta e dei rinnovi dell'accreditamento definitivo, presenta, tenendo conto di eventuali vincoli e condizionamenti urbanistici e strutturali, al soggetto istituzionalmente competente un programma complessivo di miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere in particolare per quanto riguarda la dotazione di camere singole per migliorare il comfort abitativo e rispondere a particolari condizioni ed esigenze assistenziali, quali ad esempio le esigenze delle persone con gravi disturbi comportamentali, e per realizzare il progressivo superamento delle camere con più di due posti letto.</p> <p>Tenendo conto dei programmi presentati dai soggetti gestori, il soggetto istituzionalmente competente predispone un piano distrettuale di miglioramento delle strutture accreditate di cui sopra per migliorare le condizioni abitative ed alberghiere tale da assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un progressivo miglioramento delle condizioni abitative raggiungendo almeno i livelli medi presenti a livello regionale;</li> <li>- nell'intera rete distrettuale, la disponibilità di un'adeguata dotazione di camere singole per migliorare il comfort abitativo e rispondere a particolari condizioni ed esigenze assistenziali;</li> <li>- la progressiva riduzione dei posti letto in camere con più di due posti letto.</li> </ul> <p>Il piano, elaborato anche tenendo conto delle scelte urbanistiche di ogni territorio e delle possibilità di valorizzare il ruolo delle strutture autorizzate presenti nel territorio in possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento, è approvato dal Comitato di Distretto.</p> <p>Il piano è sottoposto a verifica periodica almeno ogni cinque anni a partire dal 2010, in modo da garantire una adeguata valutazione nella determinazione del fabbisogno ed un progressivo miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere.</p>
	4.3		<p>Le nuove strutture e quelle che al momento dell'approvazione del presente documento sono ancora prive dell'autorizzazione a costruire, ad eccezione di quelle che saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008), in caso di richiesta di accreditamento debbono rispettare i parametri previsti dai seguenti punti dal 4.4 al 4.23.</p>
	4.4		<p>La capacità ricettiva massima è di 75 posti, con un'organizzazione degli spazi, delle attività e delle prestazioni per nuclei tale da garantire un clima domestico, la personalizzazione degli interventi ed il rispetto delle esigenze degli ospiti.</p>
	4.5		<p>Le camere da letto sono a uno o a due posti: ad un posto sono caratterizzate da una superficie utile minima di mq. 12; le camere a due posti di mq. 18; in ogni caso le camere dovranno essere organizzate ed avere dimensioni tali da favorire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione.</p>
	4.6		<p>La dotazione di posti letto in camera singola dovrà essere almeno pari al 40% della capacità ricettiva del servizio (con riferimento ai posti accreditati) e comunque essere adeguata in rapporto alla dotazione di camere singole definita</p>

			a livello distrettuale sulla base di una valutazione da parte del soggetto istituzionalmente competente, coerente con gli orientamenti espressi dal Comitato di Distretto, circa il fabbisogno di camere singole in funzione della presenza di particolari condizioni e necessità assistenziali quali, ad esempio, le esigenze delle persone con gravi disturbi comportamentali.
		4.7	Almeno in ogni camera a due posti e ogni due camere singole, devono essere presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine.
		4.8	In tutti i servizi igienici e in tutti i posti letto sono disponibili campanelli di chiamata di allarme.
		4.9	Devono essere presenti locali comuni, anche ad uso polivalente, da destinare a soggiorno, attività occupazionali, esercizio di culto.
		4.10	Collegati agli spazi comuni devono esserci almeno due servizi igienici, di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza.
		4.11	Nelle strutture articolate su più piani, deve essere assicurata la movimentazione verticale con almeno un montalettighe ed un ascensore sino a 40 posti residenziali, un montalettighe e due ascensori per strutture da 41 a 60 posti, due montalettighe e due ascensori per strutture da 61 a 75 posti.
		4.12	Deve essere definito dal soggetto gestore come si assicurano le funzioni di accoglienza e informazione ai visitatori.
		4.13	Devono essere garantite la presenza di un impianto di illuminazione notturna e la disponibilità di apparecchi televisivi nelle camere.
		4.14	I locali destinati alla erogazione di servizi e prestazioni non obbligatorie, qualora previste, devono essere a norma con le disposizioni vigenti.
		4.15	I locali lavanderia e guardaroba, cucina e dispensa, uffici devono essere adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.
		4.16	Sono presenti un locale per il deposito della biancheria sporca e un locale per il deposito della biancheria pulita, articolati per piano.
		4.17	Deve essere garantita la presenza di un'area verde esterna accessibile e fruibile dagli ospiti.
		4.18	Deve essere individuato un locale adibito a camera ardente.
		4.19	Nei servizi di nucleo devono essere previsti i seguenti spazi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- soggiorno</li> <li>- zona pranzo</li> <li>- locale di servizio per il personale con servizio igienico</li> <li>- angolo scaldavivande e per bevande calde o dispensatore di snacks e bevande</li> <li>- bagno assistito idoneo a garantire la privacy della persona assistita</li> <li>- locale per vuotatoio e lavapadelle</li> <li>- locale deposito carrozzine</li> </ul>
		4.20	Per le strutture fino a 75 posti collocati sullo stesso piano, possono essere previsti servizi di nucleo comuni, purché dimensionati in relazione al numero degli anziani, nonché articolati e attrezzati in modo da garantire il comfort degli spazi per gli ospiti (ad esempio: contenimento rumore, spazi separati per i familiari).
		4.21	Devono essere altresì previsti locali che consentano attività di piccolo gruppo e/o gli incontri tra utenti e conoscenti/familiari.
		4.22	Per l'erogazione delle prestazioni ed attività sanitarie, devono essere previsti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- locale per ambulatorio</li> <li>- servizio igienico</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- palestra dotata di attrezzature ed ausili, con relativo deposito</li> <li>- locale deposito per attrezzature, carrozzine, materiale di consumo, etc</li> <li>- armadiatura chiusa a chiave idonea alla conservazione dei farmaci.</li> </ul>
		4.23	Tutti i locali sopraindicati, destinati ad attività o vita collettiva (soggiorni e sale da pranzo), sia generali che di nucleo, devono essere di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima prevista per la struttura.
<b>SPRA</b>	<b>5</b>		<b>ATTREZZATURE ( ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
		5.1	<p>Il soggetto gestore garantisce la presenza di arredi ed attrezzature idonei alla tipologia degli utenti e ne assicura la disponibilità a tutti gli utenti che ne presentano la necessità :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- letti articolati (preferibilmente a due snodi), regolabili in altezza;</li> <li>- materassi e cuscini antidecubito;</li> <li>- apparecchiature, anche mobili con relativi accessori, per la somministrazione dell'ossigeno, a norma con le disposizioni vigenti in materia.</li> </ul>
		5.2	L' ente gestore assicura le attrezzature e gli ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare per il riposo, l'igiene, l'alimentazione e l'idratazione, la mobilitazione, la sicurezza e la eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al PAI.
		5.3	Devono comunque essere presenti :
		5.3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corrimani a parete nei percorsi principali;</li> <li>- dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue;</li> <li>- ausili posturali;</li> <li>- poltrone relax;</li> <li>- dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti.</li> </ul>
		5.3.2	<p>Attrezzature sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sfigmomanometro</li> <li>- termometri per la rilevazione della temperatura</li> <li>- apparecchio per la rilevazione della glicemia</li> <li>- elettrocardiografo</li> <li>- sistema di aspirazione per le secrezioni bronchiali</li> <li>- saturimetro</li> <li>- pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi</li> <li>- laringoscopia completa</li> <li>- apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma con le disposizioni vigenti in materia</li> <li>- adeguata disponibilità di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti ed alla presenza degli operatori</li> </ul>
		5.4	Il soggetto gestore deve comunque garantire la disponibilità degli altri arredi e attrezzature elettromedicali necessarie al soddisfacimento dei bisogni anche sanitari degli utenti secondo quanto previsto dai Piani di assistenza individualizzata.
		5.5	Gli arredi, gli ausili e le attrezzature devono avere caratteristiche ed essere collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare.
<b>SPRA</b>	<b>7</b>		<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>
		7.1	Viene utilizzato e gestito a livello informatizzato il sistema di valutazione delle condizioni di bisogno dell'ospite, sulla base delle indicazioni regionali e viene



			assicurato l'assolvimento del debito informativo.
<b>SPRA</b>	<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
		8.1	<p>Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accompagnamento ad una morte con dignità e gestione delle fasi successive al decesso (gestione del lutto)</li> <li>- alimentazione e idratazione</li> <li>- alzate</li> <li>- bagno di pulizia</li> <li>- prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito anche con il corretto utilizzo dei presidi</li> <li>- procedure assistenziali-sanitarie più diffuse o più complesse, quali ad esempio: cateterismo vescicale, medicazioni, catetere venoso eparinato, etc.</li> <li>- riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio, e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura</li> <li>- miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato DC.</li> </ul>
		8.2	Devono essere assicurate, con strumenti e metodologie specifiche: la valutazione del rischio e della stadiazione delle lesioni da decubito, il controllo delle infezioni, l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.
		8.3	Deve essere garantita l'attuazione del progetto terapeutico. Il soggetto gestore individua le modalità di approvvigionamento, conservazione e somministrazione dei farmaci e del materiale per medicazione e dei presidi medico chirurgici.



## 2.4 - REQUISITI SPECIFICI CENTRO SOCIO-RIABILITATIVO DIURNO PER DISABILI (SPCDD)

SPCDD	1	POLITICA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA
	1.1	Il soggetto gestore promuove la qualità della vita degli ospiti, in particolare attraverso un approccio di carattere educativo, al fine di sostenere non solo il benessere fisico e materiale, ma anche lo sviluppo personale, l'autodeterminazione, l'inclusione sociale, le relazioni interpersonali ed il benessere soggettivo della persona con disabilità.
SPCDD	2	PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO
		Standard di assistenza
	2.1	Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori (OSS ed educatore) in relazione alle condizioni degli utenti, al loro numero, agli interventi e alle attività previste nei PAI o nei PEI. In particolare :
	2.1.1	deve essere assicurata la presenza durante le attività di almeno 1 operatore ogni 5 ospiti per le persone con disabilità moderata, 1 operatore ogni 3 ospiti per le persone con disabilità severa e di 1 operatore ogni 2 ospiti per le persone con disabilità completa.
	2.1.2	In caso il centro diurno accolga disabili con gravi disturbi del comportamento deve essere garantito uno specifico piano personalizzato psico-educativo ed assistenziale con obiettivi e tempi definiti e verifiche periodiche, con un adeguamento del personale educativo ed assistenziale in relazione al piano personalizzato stesso ed attenzione ai fattori ambientali e relazionali che influiscono su tali bisogni.
	2.1.3	Il rapporto tra personale assistenziale ed educativo è graduato e definito in relazione all'età e al prevalere dei bisogni di assistenza e/o di autonomia relazionale degli utenti come individuati nei PAI o nei PEI, prevedendo <i>almeno</i> 1 educatore ogni 12 utenti, in possesso dei requisiti formativi previsti nell'allegato DB.
	2.1.4	Deve essere prevista la presenza di un infermiere e di un fisioterapista nel rapporto minimo di 1 ora alla settimana sino a 14 utenti e di 2 ore settimanali per 15 o più utenti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei PAI o dei PEI e la valutazione della necessità di interventi infermieristici e riabilitativi, ed in aggiunta deve essere assicurata la presenza di infermieri e terapisti della riabilitazione per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai PAI o dai PEI.
	2.1.5	E' previsto un Coordinatore per 18 ore alla settimana per le strutture di almeno 15 posti. Nelle strutture di capacità recettiva inferiore a 15 l'attività del coordinatore deve essere assicurata in modo proporzionale e comunque con almeno 9 ore settimanali.
	2.1.6	E' documentata un'attività di supervisione tecnica rivolta in particolare al Coordinatore e agli operatori del Centro da parte di personale qualificato in ambito socio-psico-pedagogico.
	2.1.7	E' documentata la consulenza dello psicologo per il supporto emotivo, psicologico e relazionale di utenti e familiari nonché degli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del <i>burn out</i> degli operatori.
		Requisiti organizzativi di struttura
	2.2	E' garantita un'apertura di almeno 7 ore al giorno per cinque giorni la settimana, durante la quale vengono garantite le attività educative e socio-riabilitative, escluso il tempo relativo al trasporto. E' prevista la possibilità di procedere ad estensioni dell'orario, delle giornate e dei periodi di apertura in accordo con le famiglie ed i servizi territoriali.
	2.3	E' assicurata la possibilità di fruire di un servizio di trasporto dal proprio domicilio al centro e viceversa, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni dell'utente, anche mediante accordo e collaborazione con enti ed organizzazioni del

			volontariato che assicurano il trasporto sociale.
		2.4.	L'organizzazione deve tenere in considerazione i desideri, le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite, nonché distribuire le diverse attività nel corso della giornata, della settimana e dell'anno, in modo coerente e coordinato, tale da garantire ritmi di vita familiari per l'ospite.
		2.5	E' previsto un programma di attività educative e ricreative da svolgere all'interno ed all'esterno della struttura.
		2.6	La programmazione delle attività deve essere formalizzata in forma scritta e condivisa, in équipe, con gli utenti, con i familiari e con i servizi territoriali.
		2.7	Nell'ambito dell'organizzazione di cui sopra devono essere svolti i programmi educativi e riabilitativi per il mantenimento e il miglioramento delle abilità, in relazione alle specifiche disabilità come definito nel PAI o nel PEI.
		2.8	I programmi sono attuati anche con il concorso del personale OSS sulla base delle specifiche competenze, con semplici attività di mantenimento delle abilità residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, uscire, sedersi, alzarsi, relazionarsi con gli altri, anche in gruppo).
		2.9	Il PAI o il PEI, formulati all'interno del centro, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del Progetto di cura e di vita definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.
		2.10	L'organizzazione della giornata al centro deve prevedere gruppi di utenti non superiori - di norma - a 10 , le cui attività sono organizzate e coordinate dal personale educativo.
<b>SPCDD</b>	<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
		4.1	Le strutture che alla data di approvazione del presente documento sono già autorizzate o hanno già ottenuto l'autorizzazione a costruire dagli organi competenti o saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008) debbono rispettare i requisiti strutturali previsti dalla Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000.
		4.2	La struttura può accogliere sino ad un massimo di 25 utenti garantendo una organizzazione degli spazi, delle attività e delle prestazioni per gruppi omogenei, in base alle caratteristiche ed alle esigenze degli utenti.
		4.3	Le nuove strutture e quelle che al momento dell'approvazione del presente documento sono ancora prive dell'autorizzazione a costruire, ad eccezione di quelle che saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008), in caso di richiesta di accreditamento debbono rispettare i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> <li>- una zona pranzo;</li> <li>- locali ad uso collettivo per le attività di socializzazione, atelier, laboratori, di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima della struttura e tali da permettere la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione; i locali devono essere in numero e dimensione adeguata alle attività previste nella struttura e tali da permettere la contemporanea attività dei gruppi previsti in relazione alla capacità ricettiva massima della struttura;</li> <li>- un servizio igienico accessibile alle persone con disabilità ogni 8 ospiti di cui almeno uno con predisposizione per eseguire bagno assistito da utilizzare in presenza di persone non autosufficienti dal punto di vista fisico;</li> </ul>
		4.4	I locali sopra indicati possono essere condivisi - fermo restando la necessità di separate autorizzazioni al funzionamento - con il centro socio-riabilitativo

			<p>residenziale presente nell'immobile; in tal caso le dimensioni e l'articolazione degli spazi dovrà tenere conto del numero complessivo di utenti che può essere presente nei locali e dovrà essere indicato nell'autorizzazione al funzionamento per quali locali e con quale altra struttura vengono condivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cucina adeguata alle modalità organizzative adottate per il servizio;</li> <li>- locale per il deposito della biancheria sporca;</li> <li>- locale per il deposito della biancheria pulita;</li> <li>- locale dedicato ad ufficio;</li> <li>- locale deposito attrezzature, materiale di consumo;</li> <li>- locale deposito carrozzine;</li> <li>- area verde esterna;</li> <li>- servizio igienico per il personale in servizio;</li> <li>- locale per attività psicomotorie dotato di attrezzature ed ausili, con relativo deposito.</li> </ul>
		4.5	<p>Per l'erogazione delle prestazioni ed attività sanitarie, devono essere previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- locale anche per assistenza sanitaria;</li> <li>- servizio igienico;</li> <li>- armadiatura chiusa a chiave idonea alla conservazione dei farmaci.</li> </ul>
		4.6	<p>Tutti i locali sopraindicati, destinati ad attività o vita collettiva, devono essere di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima prevista per la struttura, o al numero di ospiti previsto per ciascun gruppo se si tratta di locali destinati alle attività di gruppo.</p>
<b>SPCDD</b>	<b>5</b>		<b>ATTREZZATURE ( ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
		5.1	<p>La struttura deve assicurare le attrezzature e gli ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare del riposo, dell'igiene, dell'alimentazione e dell'idratazione, della mobilitazione, della sicurezza e della eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al PAI o al PEI.</p>
		5.2	Devono essere presenti:
		5.2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corrimani a parete nei percorsi principali;</li> <li>- dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue;</li> <li>- ausili posturali;</li> <li>- poltrone relax;</li> <li>- dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti.</li> </ul>
		5.2.2	<p><b>Attrezzature sanitarie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sfigmomanometro;</li> <li>- termometri per la rilevazione della temperatura;</li> <li>- apparecchio per la rilevazione della glicemia.</li> </ul>
		5.3	<p>Il soggetto gestore deve comunque garantire la disponibilità degli altri arredi e attrezzature elettromedicali necessarie al soddisfacimento dei bisogni anche sanitari degli utenti secondo quanto previsto dai PAI o dai PEI.</p>
		5.4	<p>Gli arredi, gli ausili e le attrezzature devono avere caratteristiche ed essere collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare, tenendo conto delle condizioni e dei disturbi degli utenti.</p>
<b>SPCDD</b>	<b>6</b>		<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
		6.1	<p>Viene verificata l'idoneità del personale rispetto alla tipologia di utenza attraverso modalità quali simulazioni, colloqui motivazionali, esperienza e formazione specifica, progetto di vita, esperienze e motivazioni personali.</p>
<b>SPCDD</b>	<b>7</b>		<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>



		7.1	Viene utilizzato e gestito a livello informatizzato il sistema di valutazione delle condizioni di bisogno dell'ospite, sulla base delle indicazioni regionali e viene assicurato l'assolvimento del debito informativo.
<b>SPCDD</b>	<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
		8.1	Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza delle persone con disturbi del comportamento e comportamenti problema pericolosi per sé e gli altri (ad es. aggressività, autolesionismo, comportamenti stereotipati);</li> <li>- riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio;</li> <li>- promozione della qualità della vita e del benessere degli utenti, anche attraverso un programma di attività ed interventi socio-educativi e di partecipazione alla vita della comunità.</li> </ul>
		8.2	In caso di presenza di persone gravemente non autosufficienti dal punto di vista fisico devono essere definiti e documentati anche i seguenti processi e protocolli operativi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bagno di pulizia;</li> <li>- alimentazione e idratazione;</li> <li>- alzate;</li> <li>- prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito anche con il corretto utilizzo dei presidi.</li> </ul>
		8.3	Devono essere assicurate, con strumenti e metodologie specifiche, procedure per la valutazione del rischio e il controllo delle infezioni, l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.



### D. 2.5 - REQUISITI SPECIFICI CENTRO SOCIO – RIABILITATIVO RESIDENZIALE PER PERSONE CON DISABILITA' (SPRD)

SPRD	1		POLITICA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA
		1.1	Il soggetto gestore promuove la qualità della vita degli ospiti, in particolare attraverso un approccio di carattere educativo, al fine di sostenere non solo il benessere fisico e materiale, ma anche lo sviluppo personale, l'autodeterminazione, l'inclusione sociale, le relazioni interpersonali ed il benessere soggettivo della persona con disabilità.
SPRD	2		PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO
			Standard di assistenza
		2.1	Nella struttura operano, con specifica programmazione, l'educatore e l'operatore socio-sanitario (OSS), secondo le modalità previste nell'allegato DB. Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori (OSS ed educatore) in relazione alle condizioni degli utenti, al loro numero, agli interventi e alle attività previste nei PAI o nei PEI. In particolare deve essere assicurata la presenza durante le attività di almeno:
		2.1.1	di 1 operatore ogni 5 ospiti per le persone con disabilità moderata. 1 operatore ogni 3 ospiti per le persone con disabilità severa e 1 operatore ogni 2 ospiti per le persone con disabilità completa.
		2.1.2	In caso di presenza di persone con gravi disturbi del comportamento deve essere garantito uno specifico piano personalizzato psico-educativo ed assistenziale con obiettivi e tempi definiti e verifiche periodiche, con un adeguamento del personale educativo ed assistenziale in relazione al piano personalizzato stesso ed attenzione ai fattori ambientali e relazionali che influiscono su tali bisogni.
		2.1.3	Deve essere assicurata la presenza minima di 1 operatore per l'assistenza notturna da adeguarsi in aumento in relazione al numero degli utenti, ai PAI o ai PEI, alla organizzazione degli spazi di vita ed alla disponibilità di supporti tecnologici, garantendo comunque adeguate modalità di copertura della presenza degli operatori in caso di emergenze.
		2.1.4	Il rapporto tra personale assistenziale ed educativo è graduato e definito in relazione all'età e al prevalere dei bisogni di assistenza e/o di autonomia relazionale degli utenti come individuati nei PAI o nei PEI, prevedendo <i>almeno</i> 1 educatore ogni 12 utenti, in possesso dei requisiti formativi previsti nell'allegato DB.
		2.1.5	Deve essere prevista la presenza di un infermiere e di un fisioterapista nel rapporto minimo di 1 ora settimanale sino a 14 utenti e di 2 ore settimanali per 15 o più utenti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei PAI o dei PEI e la valutazione della necessità di interventi infermieristici e riabilitativi ed in aggiunta deve essere assicurata la presenza di infermieri e terapisti della riabilitazione per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai PAI o dai PEI.
		2.1.6	E' previsto un Coordinatore a tempo pieno per le strutture di almeno 15 posti. Nelle strutture di capacità recettiva inferiore a 15 l'attività del coordinatore deve essere assicurata in modo proporzionale e comunque con almeno 24 ore settimanali.
		2.1.7	E' documentata un'attività di supervisione tecnica rivolta in particolare al Coordinatore e agli operatori del Centro da parte di personale esterno qualificato in ambito socio-psico-pedagogico.
		2.1.8	E' documentata la consulenza dello psicologo per il supporto emotivo, psicologico e relazionale di utenti e familiari nonché degli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori.
			Requisiti organizzativi di struttura
		2.2	L'organizzazione deve tenere in considerazione i desideri, le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite, nonché distribuire le diverse attività nel corso della giornata,

			della settimana e dell'anno, in modo coerente e coordinato, tale da garantire ritmi di vita familiari per l'ospite.
		2.3	E' previsto un programma di attività educative e ricreative da svolgere all'interno e all'esterno della struttura.
		2.4	La programmazione delle attività deve essere formalizzata in forma scritta e condivisa, in équipe, con gli utenti, con i familiari e con i servizi territoriali.
		2.5	Nell'ambito dell'organizzazione di cui sopra devono essere svolti i programmi educativi e riabilitativi per il mantenimento e il miglioramento delle abilità, in relazione alle specifiche disabilità come definito nel PAI o nel PEI.
		2.6	I programmi sono attuati anche con il concorso del personale OSS sulla base delle specifiche competenze, con semplici attività di mantenimento delle abilità residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, uscire, sedersi, alzarsi, relazionarsi con gli altri, anche in gruppo).
		2.7	Il PAI o il PEI, formulati all'interno del centro, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del Progetto di cura e di vita definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.
		2.8	L'organizzazione della giornata al centro deve prevedere gruppi di utenti non superiori - di norma - a 10 le cui attività sono organizzate e coordinate dal personale educativo.
		2.9	E' assicurata la disponibilità del trasporto, con mezzi e modalità idonee alle condizioni dell'ospite, anche per esigenze legate alla effettuazione di visite e controlli presso strutture sanitarie.
		2.10	In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), Il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali o dei nuclei residenziali dedicati garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato DD e nell'allegato DE.
<b>SPRD</b>	<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
		4.1	Le strutture che alla data di approvazione del presente documento sono già autorizzate o hanno già ottenuto l'autorizzazione a costruire dagli organi competenti o saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008) debbono rispettare i requisiti strutturali previsti dalla Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000.
		4.2	La struttura può accogliere sino ad un massimo di 20 ospiti garantendo una organizzazione degli spazi, delle attività e delle prestazioni per gruppi omogenei, in base alle caratteristiche ed alle esigenze degli utenti.
		4.3	Le nuove strutture e quelle che al momento dell'approvazione del presente documento sono ancora prive dell'autorizzazione a costruire, ad eccezione di quelle che saranno realizzate in base a progetti finanziati con risorse regionali (art.20 L.67/1988 o art. 48 L.R. 2/2003, compresi quelli finanziati con le procedure attivate con la DGR 845/2008), in caso di richiesta di accreditamento debbono rispettare i seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> <li>- una zona pranzo;</li> <li>- locali ad uso collettivo per le attività di socializzazione, atelier, laboratori di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima della struttura e tali da permettere la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione; i locali devono essere in numero e dimensione adeguata alle attività previste nella struttura e tali da permettere la contemporanea attività dei gruppi previsti in relazione alla capacità ricettiva massima della struttura;</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- servizi igienici collegati agli spazi comuni in numero minimo di 1 ogni 10 ospiti di cui almeno uno con predisposizione per eseguire bagno assistito da utilizzare in presenza di persone non autosufficienti dal punto di vista fisico;</li> <li>- camere da letto con una superficie utile - di norma - di mq. 12 per le camere ad un posto e di mq. 18 per le camere a due posti; in ogni caso le camere dovranno essere organizzate ed avere dimensioni tali da favorire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione;</li> <li>- bagni collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere per le camere ad un posto;</li> <li>- campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto da utilizzare in relazione alle specifiche disabilità fisiche e/o intellettive dell'ospite;</li> <li>- camera con servizio igienico per il personale in servizio;</li> <li>- locale per attività psicomotorie dotato di attrezzature ed ausili, con relativo deposito.</li> </ul>
	4.4	<p>I locali sopra indicati possono essere condivisi - fermo restando la necessità di separate autorizzazioni al funzionamento - con il centro socio-riabilitativo diurno presente nell'immobile; in tal caso le dimensioni e l'articolazione degli spazi dovrà tenere conto del numero complessivo di utenti che può essere presente nei locali e dovrà essere indicato nell'autorizzazione al funzionamento per quali locali e con quale altra struttura vengono condivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cucina adeguata alle modalità organizzative adottate per il servizio;</li> <li>- locale per il deposito della biancheria sporca;</li> <li>- locale per il deposito della biancheria pulita;</li> <li>- locale dedicato ad ufficio;</li> <li>- area verde esterna accessibile e fruibile anche dagli ospiti;</li> <li>- servizio igienico per il personale in servizio;</li> <li>- locale deposito per attrezzature, materiale di consumo, ecc</li> <li>- locale deposito carrozzine.</li> </ul>
	4.5	<p>Per l'erogazione delle prestazioni ed attività sanitarie, devono essere previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- locale per ambulatorio;</li> <li>- servizio igienico;</li> <li>- armadiatura chiusa a chiave idonea alla conservazione dei farmaci.</li> </ul>
	4.6	<p>Tutti i locali sopraindicati, destinati ad attività o vita collettiva, devono essere di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima prevista per la struttura, o al numero di ospiti previsto per ciascun gruppo se si tratta di locali destinati alle attività di gruppo.</p>
<b>SPRD</b>	<b>5</b>	<b>ATTREZZATURE ( ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
	5.1	<p>Il soggetto gestore garantisce la presenza di arredi ed attrezzature idonei alla tipologia degli utenti e ne assicura la disponibilità a tutti gli utenti che ne presentano la necessità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- letti articolati (preferibilmente a due snodi), regolabili in altezza</li> <li>- materassi e cuscini antidecubito.</li> </ul>
	5.2	<p>L' ente gestore assicura le attrezzature e gli ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare del riposo, dell'igiene, dell'alimentazione e dell'idratazione, della mobilizzazione, della sicurezza e della eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al PAI o al PEI.</p>
	5.3	Devono essere presenti in relazione ai bisogni degli ospiti:
	5.3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• corrimani a parete nei percorsi principali;</li> <li>• dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il</li> </ul>

			<p>mantenimento delle autonomie funzionali residue;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ausili posturali;</li> <li>• poltrone relax;</li> <li>• dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti.</li> </ul>
		5.3.2	<p><b>Attrezzature sanitarie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sfigmomanometro;</li> <li>- termometri per la rilevazione della temperatura;</li> <li>- apparecchio per la rilevazione della glicemia;</li> <li>- adeguata disponibilità di pompe per l'alimentazione entrale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti ed alla presenza degli operatori.</li> </ul>
		5.4	Il soggetto gestore deve comunque garantire la disponibilità degli altri arredi e attrezzature elettromedicali necessarie al soddisfacimento dei bisogni anche sanitari degli utenti secondo quanto previsto dai PAI o dai PEI.
		5.5	Gli arredi, gli ausili e le attrezzature devono avere caratteristiche ed essere collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare, tenendo conto delle condizioni e dei disturbi degli utenti.
<b>SPRD</b>	<b>6</b>		<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
		6.1	Viene verificata l'idoneità del personale rispetto alla tipologia di utenza attraverso modalità quali simulazioni, colloqui motivazionali, esperienza e formazione specifica, progetto di vita, esperienze e motivazioni personali.
<b>SPRD</b>	<b>7</b>		<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>
		7.1	Viene utilizzato e gestito a livello informatizzato il sistema di valutazione delle condizioni di bisogno dell'ospite, sulla base delle indicazioni regionali e viene assicurato l'assolvimento del debito informativo.
<b>SPRD</b>	<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
		8.1	<p>Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- al miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza delle persone con disturbi del comportamento e comportamenti problema pericolosi per sé e gli altri (ad es. aggressività, autolesionismo, comportamenti stereotipati);</li> <li>- riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio</li> <li>- promozione della qualità della vita e del benessere degli utenti, anche attraverso un programma di attività ed interventi socio-educativi e di partecipazione alla vita della comunità.</li> </ul>
		8.2	<p>In caso di presenza di persone gravemente non autosufficienti dal punto di vista fisico devono essere definiti e documentati anche i seguenti processi e protocolli operativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bagno di pulizia;</li> <li>- alimentazione e idratazione;</li> <li>- alzate;</li> <li>- prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito anche con il corretto utilizzo dei presidi.</li> </ul>
		8.3	Devono essere assicurate, con strumenti e metodologie specifiche, procedure per la valutazione del rischio e il controllo delle infezioni, l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.
		8.4	Deve essere garantita l'attuazione del progetto terapeutico. Il soggetto gestore individua le modalità di approvvigionamento, conservazione e somministrazione dei farmaci e del materiale per medicazione e dei presidi medico chirurgici.



## ALLEGATI REQUISITI SPECIFICI ACCREDITAMENTO

### ALLEGATO DA

**PERSONALE – Ruoli Lavorativi:** 1) *Coordinatore responsabile dei servizi e/o strutture per anziani e disabili;* 2) *Responsabile di nucleo delle Attività Assistenziali*

#### *Coordinatore responsabile di servizi e/o strutture per anziani e disabili*

Assicura la qualità della vita ed il benessere complessivo degli utenti dal punto di vista bio-psico-sociale, garantendo un governo unitario del servizio sotto il profilo della qualità tecnica, organizzativa e relazionale. Concorre alla definizione della programmazione ed è responsabile della gestione e valutazione complessiva del servizio, risponde del risultato finale all'utenza configurandosi quindi come posizione di indirizzo e coordinamento generale delle attività, in particolare per quanto riguarda l'integrazione tra processi socio-assistenziali e sanitari.

#### *Competenze*

Sa interpretare i bisogni e le domande di assistenza degli utenti di riferimento, assicurando la progettazione dei servizi in coerenza con la rete territoriale e processi di lavoro congruenti.

Sa elaborare la proposta di programma pluriennale ed annuale del servizio ed il relativo sistema di valutazione.

Sa coordinare i diversi processi e procedure generali del servizio in una logica di insieme, assicura in particolare il governo complessivo e la qualità del percorso assistenziale ed una gestione efficiente dei diversi servizi generali quali la fornitura pasti, pulizie generali, lavanderia, manutenzione ordinaria e straordinaria.

E' in grado di concorrere all'elaborazione e alla gestione del budget del servizio per l'area di propria competenza.

E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro integrate e multiprofessionali all'interno del servizio, nella rete dei servizi, con le parti sociali e le reti informali. Sa gestire gruppi di lavoro e riunioni.

E' in grado di promuovere lo sviluppo professionale dei collaboratori del servizio, utilizzando gli strumenti della valorizzazione delle risorse umane nell'ambito delle scelte dell'ente.

Sa utilizzare i sistemi informativi e curare l'informatizzazione del servizio per documentarne le attività.

Sa valutare i bisogni formativi e di sviluppo delle competenze propri e degli operatori.

E' in grado di assicurare una verifica costante della qualità dell'intervento e di promuovere e gestire azioni e processi di miglioramento.

Sa aggregare persone, promuovere dinamiche di gruppo e integrare funzioni e unità organizzative intorno ad obiettivi condivisi e processi trasversali.

Sa gestire processi decisionali complessi, condividendo responsabilità con altri e decentrando le decisioni.

Sa sostenere e promuovere la motivazione dei collaboratori.

Sa utilizzare metodologie di comunicazione, negoziazione e relazione complesse controllando la propria emotività.

E' in grado di intrattenere relazioni positive e collaborare con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, committenti, volontari, esponenti della comunità locale...).

E' in grado di gestire le relazioni con il personale della struttura in particolare per quanto concerne i meccanismi di incentivazione e sanzione.

E' in grado di gestire il proprio ruolo con eticità e riservatezza.

#### *Conoscenze*

Conosce l'organizzazione ed il funzionamento del sistema dei servizi sociali e sanitari, dal punto di vista giuridico ed organizzativo.

Conosce i principali bisogni ed esigenze dell'utenza di riferimento dal punto di vista bio-psico-sociale.

Conosce le teorie ed i sistemi di programmazione, gestione e valutazione di un servizio alla persona.

Conosce le teorie, i metodi e le tecniche di gestione e sviluppo delle risorse umane.

Conosce i principi e gli strumenti per la programmazione economico-finanziaria ed il controllo di gestione.

Conosce le teorie, i metodi e le tecniche di rilevazione e valutazione della qualità dei servizi.

Conosce i metodi e le tecniche del lavoro sociale, con particolare riferimento al lavoro per progetti personalizzati ed ai principali strumenti di valutazione multidimensionale.

Conosce le funzioni ed il ruolo degli operatori che a qualsiasi titolo svolgono attività all'interno del servizio.

### ***Responsabile di nucleo delle Attività Assistenziali***

Promuove la qualità della vita ed il benessere complessivo degli utenti in strutture o al domicilio, coordinando le attività degli OSS che operano nell'unità organizzativa/nucleo di competenza, assicurando la massima collaborazione per l'integrazione con le attività e le figure sanitarie, la corretta gestione delle procedure e dei processi del servizio, con particolare riferimento alle attività assistenziali e ai servizi alberghieri.

#### **Competenze**

E' in grado di programmare e coordinare le attività assistenziali dell'unità organizzativa di competenza.

Assicura la corretta gestione delle procedure e dei processi del servizio ed una gestione efficiente dei servizi alberghieri e accessori, con particolare riferimento all'approvvigionamento di materiali e strumenti per lo svolgimento dell'attività assistenziale di base e alberghiera.

Sa coordinare il lavoro degli OSS impiegati nel nucleo, organizzando in particolare i turni di lavoro ed il programma delle attività quotidiane e mensili rivolte agli utenti.

Sa utilizzare i sistemi informativi e partecipa all'informatizzazione del servizio per quanto di competenza

Partecipa alla formulazione del budget e agli adempimenti connessi al controllo di gestione.

E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro integrato all'interno dell'unità organizzativa. Sa gestire gruppi di lavoro e riunioni.

E' in grado di contribuire allo sviluppo professionale dei collaboratori del servizio.

Dimostra orientamento alle esigenze degli utenti e dei familiari ed interesse a migliorare la qualità del servizio.

Sa sostenere e promuovere la motivazione dei collaboratori.

Sa lavorare in gruppo ed in particolare sa svolgere azione di coordinamento ed orientamento dei gruppi.

E' in grado di intrattenere relazioni positive e collaborare con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, volontari), favorendo un clima relazionale positivo anche in situazioni critiche.

#### **Conoscenze**

Conosce l'organizzazione ed il funzionamento del sistema dei servizi sociali e sanitari, dal punto di vista giuridico ed organizzativo.

Conosce i bisogni e le esigenze dell'utenza di riferimento dal punto di vista bio-psico-sociale.

Conosce i metodi e le tecniche del lavoro sociale, con particolare riferimento al lavoro per progetti personalizzati ed ai più comuni strumenti di valutazione multidimensionale.

Conosce i metodi e le tecniche di aiuto alla persona con particolare rilievo per le attività di *nursering*, prevenzione, riabilitazione, riattivazione e mantenimento delle capacità residue.

## **ALLEGATO DB**

### **PERSONALE – Rapporto operatori utenti e Titoli per l'accesso alle qualifiche previste**

Il Rapporto operatore – utenti va inteso per tutte le figure professionali, garantendo almeno 1500 ore effettive annue per operatore. Tale limite è una norma di garanzia minima e non va utilizzato per la determinazione del numero di operatori.

### **OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

L'Operatore sociosanitario deve essere in possesso dell'attestato di qualifica ai sensi delle normative e direttive in materia.

Nei servizi socio-sanitari accreditati, dalla data di entrata in vigore dell'accreditamento definitivo, almeno il 75 % del totale del personale assistenziale di base in servizio deve essere in possesso della qualifica di OSS o delle qualifiche di Addetto all'assistenza di base o di Operatore tecnico dell'assistenza, se in servizio alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, e comunque almeno il 65% deve essere in possesso del titolo di OSS.

A partire dall'1.1.2012 le due percentuali sono elevate rispettivamente all'80 ed al 70%.

Entro il 31.12.2013 le due percentuali sono elevate rispettivamente all'85 ed all' 80%.

Inoltre, a partire dall'1.1.2012 Il soggetto gestore dovrà dare evidenza di un'organizzazione che assicuri che:

- almeno il 50% del personale in servizio in ciascun turno diurno sia in possesso della qualifica di OSS o di Addetto all'assistenza di base o di Operatore tecnico dell'assistenza;
- il personale in servizio nel turno di notte sia in possesso della qualifica di OSS o di Addetto all'assistenza di base o di Operatore tecnico dell'assistenza .

A far tempo dalla data di avvio dell'accreditamento definitivo, gli enti gestori dovranno assicurare che il personale non in possesso della qualifica secondo i criteri prima indicati:

- abbia sottoscritto al momento dell'assunzione un impegno contrattuale per assicurare la frequenza ad uno specifico percorso di formazione sul lavoro per il conseguimento della qualifica di OSS; tale corso sarà da avviarsi il più rapidamente possibile e comunque entro tre mesi dall'assunzione e da concludersi con l'acquisizione della qualifica di OSS nell'arco massimo di tre anni;

o in alternativa

- stia frequentando regolarmente un percorso di formazione sul lavoro finalizzato al conseguimento della qualifica di OSS.

### **EDUCATORE**

L'educatore deve possedere uno dei seguenti diplomi di laurea:

- diploma di laurea in scienze dell'educazione (classe L-19 DM 270/04) con un curriculum di studio e attività di tirocinio coerenti con l'attività di educatore nei servizi per disabili;
- diploma di laurea in educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 e successive modificazioni.

Inoltre è riconosciuto come valido:

- l'attestato di abilitazione per educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 10 febbraio 1984;
- l'attestato regionale di qualifica professionale rilasciato in passato ai sensi della direttiva comunitaria 51/92, al termine di un corso di formazione attuato nell'ambito del Progetto APRIS;
- il diploma di laurea triennale in Scienze e tecniche psicologiche o diploma di laurea triennale in sociologia con un curriculum di studio e attività di tirocinio coerenti con l'attività di educatore nei servizi per disabili.



Possono inoltre continuare ad assicurare il ruolo di educatore gli operatori, anche privi dei titoli elencati in precedenza, che alla data di avvio dell'accREDITAMENTO definitivo svolgano le funzioni di educatore, a condizione che possiedano almeno uno dei seguenti requisiti:

- a) diploma di laurea con esperienza documentabile di almeno 12 mesi in ambito educativo nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari ed educativi per disabili;
- b) diploma di scuola secondaria superiore con esperienza documentabile di almeno 24 mesi in ambito educativo nel settore dei servizi sociali, socio-sanitari ed educativi per disabili.

### **COORDINATORE RESPONSABILE DI STRUTTURA/SERVIZIO**

Il coordinatore responsabile della struttura/servizio deve essere in possesso di uno dei diplomi di laurea per l'accesso alla funzione sotto indicati, unitamente ad un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo come definito nel precedente Allegato DA.

Resta ferma la competenza del soggetto gestore di definire e esplicitare le modalità attraverso le quali seleziona il personale, in particolare:

- definizione di caratteristiche personali e professionali per l'accesso;
- definizione di regole per l'accesso;
- presenza di strumenti formalizzati per l'accesso (domanda di lavoro, scheda colloquio, scheda di valutazione, reportistica relativa al loro utilizzo).

In particolare, i criteri di selezione del personale devono basarsi sulla verifica del possesso di caratteristiche idonee alla tipologia di utenza del servizio nel rispetto dei requisiti di accesso prescritti.

I diplomi di laurea, almeno triennali, validi per l'accesso dall'esterno al ruolo di coordinatore sono i seguenti:

- diploma di laurea in servizio sociale;
- diploma di laurea in educatore professionale rilasciato ai sensi del D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 e successive modificazioni,
- diploma di laurea in scienze dell'educazione (classe L-19) con un curriculum di studio e attività di tirocinio coerenti con il ruolo di coordinatore,
- diploma di laurea in Scienze e tecniche psicologiche,
- diploma di laurea in infermieristica;
- diploma di laurea in sociologia.

Inoltre, anche in assenza di uno dei diplomi di laurea sopra elencati, sono riconosciuti validi i seguenti titoli di accesso:

- certificato di competenze o diploma di qualifica per "Coordinatore Responsabile di struttura/servizio" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978;
- certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo e gestionali specifiche dell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari; in tali casi, è richiesto anche un biennio di svolgimento di funzioni specifiche nel campo;
- curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo con un'esperienza documentata di almeno di 12 mesi nel ruolo alla data di avvio dell'accREDITAMENTO definitivo.

Possono inoltre continuare a svolgere l'attività di coordinatore responsabile di struttura/servizio gli operatori che alla data di avvio dell'accREDITAMENTO definitivo svolgano le funzioni di coordinatore responsabile di struttura/servizio con un'esperienza documentata almeno di 12 mesi nel ruolo.

## **ANIMATORE**

L'animatore deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli e/o percorsi formativi e professionali:

- certificato di qualifica per "Animatore per attività di gruppo" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978;
- certificato di qualifica per "Animatore sociale" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della L.R. 12/2003;
- certificati di qualifica di animatore rilasciati da altre regioni italiane, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze relative all'animazione sociale rivolta agli anziani; in tali casi, è richiesto anche un biennio di svolgimento di funzioni specifiche nel campo.

Possono inoltre svolgere l'attività di animatore:

- gli operatori in possesso dell'attestato regionale di qualifica di OSS, che a far tempo dalla data di avvio dell'accREDITAMENTO definitivo possiedano un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo e un'esperienza documentata almeno biennale;
- gli operatori in possesso di uno dei diplomi di laurea indicati in precedenza per l'accesso al ruolo di educatore;
- gli operatori in possesso di diploma di scuola secondaria di secondo grado, unitamente ad un periodo di tirocinio, volontariato continuativo o servizio civile in ambito assistenziale di almeno dodici mesi e ad un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo.

## **RESPONSABILE DI NUCLEO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI**

Il responsabile di nucleo delle attività assistenziali (RAA) deve essere in possesso del diploma di scuola media secondaria di secondo grado, della qualifica di OSS e di un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo.

Resta ferma la competenza del soggetto gestore di definire e esplicitare le modalità attraverso le quali seleziona il personale, in particolare:

- definizione di caratteristiche personali e professionali per l'accesso;
- definizione di regole per l'accesso;
- presenza di strumenti formalizzati per l'accesso (domanda di lavoro, scheda colloquio, scheda di valutazione, reportistica relativa al loro utilizzo).

In particolare, i criteri di selezione del personale devono basarsi sulla verifica del possesso di caratteristiche idonee alla tipologia di utenza del servizio nel rispetto dei requisiti di accesso prescritti.

Titolo preferenziale per attestare l'adeguatezza del curriculum è il possesso di uno dei seguenti titoli:

- a) certificato di specializzazione per "Responsabile di nucleo delle attività assistenziali" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978
- b) certificato di competenze o di qualifica per "Tecnico esperto nella gestione di servizi" rilasciato dalla Regione Emilia Romagna ai sensi della L.R. 12/2003
- c) certificati di qualifica rilasciati dalle altre regioni, ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo inerenti le attività assistenziali di nucleo.

Possono inoltre continuare a svolgere il ruolo di Responsabile di nucleo delle Attività Assistenziali gli operatori che alla data di avvio dell'accREDITAMENTO definitivo assicurano le funzioni di Responsabile di nucleo delle attività assistenziali con un'esperienza documentata di almeno di 12 mesi nel ruolo.

Per i nuclei che ospitano persone a più alta complessità sanitaria che richiedono maggiore integrazione socio-sanitaria, il responsabile delle attività assistenziali può essere un infermiere. In tal caso deve essere in possesso della laurea in infermieristica o titolo equipollente.

**INFERMIERE**

Nel rapporto infermiere - utente vanno conteggiati gli infermieri in possesso della laurea in infermieristica o di titoli equipollenti (Decreto Ministro della Sanità del 27/7/2000).

Nel rapporto infermiere-utente non possono essere conteggiati gli infermieri generici.

**FISIOTERAPISTA**

Nel rapporto fisioterapista-utente vanno conteggiati i fisioterapisti in possesso della laurea in fisioterapia o di titoli riconosciuti equipollenti o equivalenti ai sensi della Legge n. 42/1999.

Sino ad esaurimento possono essere conteggiati nel rapporto fisioterapista - utente anche i massofisioterapisti, privi di un titolo equivalente, in servizio presso i servizi alla data di approvazione del presente provvedimento a condizione che:

- l'impiego dei massofisioterapisti non superi il 15% del totale;
- nel servizio sia comunque assicurata l'attività di almeno un fisioterapista.

**RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' SANITARIE**

Il responsabile dell'attività sanitaria opera all'interno delle strutture in collaborazione con il coordinatore e la direzione del servizio. La sua attività è assicurata da un operatore sanitario, di norma da un infermiere, ed è aggiuntiva degli standard dell'assistenza infermieristica.

Il responsabile delle attività sanitarie:

- si occupa, in accordo con il coordinatore della struttura, dell'organizzazione di turni del personale infermieristico e riabilitativo, della programmazione degli orari di lavoro e delle ferie;
- definisce con il coordinatore della struttura la procedura per sostituzione ferie malattie etc, garantendo la continuità assistenziale;
- definisce la programmazione qualitativa e quantitativa del materiale ad uso sanitario, identifica le modalità per l'approvvigionamento di farmaci, presidi e di rapporto con l'ausl e le ditte fornitrici;
- collabora con il personale sanitario, il coordinatore della struttura e i responsabili di nucleo nella formulazione dei piani di lavoro del servizio;
- partecipa agli incontri di verifica periodici con i responsabili di nucleo e con il coordinatore della struttura;
- partecipa agli incontri multidisciplinari e di aggiornamento;
- assicura la definizione, l'attuazione e la manutenzione di procedure condivise per quanto riguarda la continuità assistenziale—tra la struttura ed i servizi sanitari ospedalieri e territoriali favorendo i processi di accesso e dimissione per quanto riguarda invii al pronto soccorso, ricoveri e dimissioni ospedaliere, visite specialistiche e trasporti;
- definisce con il coordinatore della struttura le procedure che favoriscono l'integrazione tra gli operatori ed il corretto passaggio di informazione, a partire dall'utilizzo della cartella integrata al fine di garantire la continuità assistenziale;
- garantisce l'applicazione delle procedure relative alla lettura dei bisogni sanitari;
- partecipa alla identificazione dei bisogni formativi e di aggiornamento del personale infermieristico e riabilitativo ed alla programmazione e definizione delle relative attività, assicurando comunque un approccio e momenti integrati tra tutti gli operatori;
- supervisiona, per quanto di competenza, la corretta elaborazione delle procedure e ne garantisce l'applicazione;
- favorisce l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale anche al fine di garantire una corretta presa in carico e conseguente pianificazione assistenziale.



**ALLEGATO DC****Elementi essenziali per il Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza**

<b>MODALITA' DI PRESA IN CARICO E CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>
Nel programma di miglioramento Il soggetto gestore indica le specifiche modalità di presa in carico dei dementi e loro familiari, nonché le azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale. Per il monitoraggio dei trattamenti farmacologici, il raccordo con il MMG e il Consultorio per le Demenze/Centro esperto/ o il Centro delegato di riferimento costituisce elemento essenziale.
<b>AMBIENTE</b>
Il soggetto gestore garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di spazi/percorsi interni ed esterni per la gestione del wandering;</li> <li>- la destinazione di almeno un ambiente per la gestione separata di dementi con disturbi comportamentali ;</li> <li>- gli accorgimenti specifici ambientali, a fini preventivi e di contenimento delle eventuali dispercezioni e di controllo/contenimento dei disturbi del comportamento;</li> <li>- presenza di ausili per l'orientamento.</li> </ul>
<b>PERSONALE</b>
Al fine di garantire il benessere degli operatori e la continuità relazionale con i pazienti dementi, nel programma di miglioramento è necessario specificare le strategie organizzative volte a contenere il burn-out ed il turn-over degli operatori. Costituiscono elementi essenziali per il raggiungimento di tali obiettivi: la selezione motivazionale del personale della struttura da destinare alla gestione dei dementi, un'adeguata presenza degli Operatori Socio-sanitari (OSS) in relazione al numero ed allo stadio di progressione della malattia dei soggetti dementi, incontri di équipe e supervisioni, colloqui (almeno annuali) con lo psicologo.
<b>FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO</b>
Devono essere specificati gli eventi formativi inerenti tematiche sulle demenze. Costituiscono elementi minimi dei programmi di formazione/aggiornamento, i seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- modalità dell'approccio relazionale dell'operatore con la persona demente e con i familiari;</li> <li>- l'importanza dell'ambiente umano nella gestione del demente;</li> <li>- la gestione dei disturbi comportamentali;</li> <li>- la progressione della malattia ed il suo monitoraggio.</li> </ul>
Il soggetto gestore specifica le modalità di coinvolgimento delle varie figure professionali, dando atto di garantire momenti formativi a tutto il personale operante.
Il programma individua inoltre, modalità di formazione/informazione ai familiari dei dementi.
<b>PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'</b>
Il programma delle attività deve indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le specifiche attività da realizzarsi con gli ospiti dementi ed almeno le seguenti in relazione ai bisogni di ciascun utente: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Stimolazione cognitiva</li> <li>o Stimolazione funzionale</li> <li>o Stimolazione motoria</li> <li>o Attività di socializzazione.</li> </ul> </li> <li>- gli interventi finalizzati a controllare/contenere i disturbi comportamentali ,</li> <li>- gli interventi di sostegno ai familiari,</li> <li>- gli interventi volti alla razionalizzazione dei trattamenti farmacologici ed alla prevenzione/cura delle complicanze dello stadio avanzato di malattia.</li> </ul>
Per la programmazione ed il monitoraggio delle attività sopra descritte, il soggetto gestore si avvale della valutazione multidimensionale (almeno sul piano cognitivo, funzionale, comportamentale ed affettivo), dando atto, nel programma di miglioramento, dell'utilizzo di specifici strumenti e scale di valutazione validati e garantendone la somministrazione da parte di personale con specifiche competenze.
Nel programma di miglioramento, nell'ambito del piano di verifica annuale, Il soggetto gestore individua indicatori specifici per la valutazione del programma di miglioramento dell'assistenza alle persone con demenza, tenendo conto degli indirizzi regionali.

**ALLEGATO DD****Requisiti specifici per “inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04 in strutture residenziali per anziani e disabili”****PREMESSA**

In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), Il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali, garantendo in aggiunta ai requisiti generali e specifici per le strutture residenziali per anziani e disabili, gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali riportati nel presente allegato.

Le modalità di accesso a tali soluzioni residenziali sono definite dalla DGR 2068/04 e successivi atti attuativi.

**DEFINIZIONE**

Al fine di assicurare anche risposte flessibili per garantire la prossimità della struttura di accoglienza al territorio di provenienza del paziente, in modo da favorire al massimo le possibilità di mantenimento delle relazioni significative, si prevede il ricorso anche per singoli inserimenti a strutture residenziali già esistenti per anziani (casa-residenza per anziani non autosufficienti) e per disabili (Centri Socio-riabilitativi Residenziali). In questo caso è necessario valutare con precisione due elementi:

- le caratteristiche dei soggetti che possono essere inseriti in tali strutture, in considerazione della complessità dei bisogni e di conseguenza dell'assetto organizzativo necessario per garantire un'adeguata ospitalità;
- gli elementi strutturali e organizzativi minimi indispensabili per garantire un adeguato inserimento.

**FINALITA'**

- Garantire un programma assistenziale a lungo termine a conclusione del percorso riabilitativo (continuità assistenziale);
- Promuovere e tutelare lo stato di benessere psicofisico;
- Mantenere condizioni sanitarie soggettive ottimali;
- Sostenere la famiglia del paziente;
- Mantenere le relazioni con l'ambiente sociale di provenienza e favorire l'integrazione sociale nel nuovo contesto residenziale, valorizzando il ruolo delle reti informali e delle associazioni
- Offrire ospitalità anche temporanea con funzioni di “solievo” e/o di “sostegno/formazione” per la famiglia

**UTENZA**

Persone in situazione di handicap gravissimo acquisito in situazione stabilizzata, che abbiano concluso il percorso riabilitativo, con età eguale o superiore a 18 anni, con disabilità conseguenti a:

- gravissime cerebrolesioni, conseguenti a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite...) che ha determinato una condizione di coma, più o meno protratto, a cui sono conseguite disabilità sensoriali, motorie, cognitive e comportamentali permanenti e di norma associate a stato vegetativo o di minima coscienza che condizionano un quadro di totale non autosufficienza;
- gravissime mielolesioni, con un danno al midollo spinale di origine traumatica o di altra natura che ha determinato una grave tetraplegia, caratterizzata da deficit funzionale completo e permanente dei quattro arti;
- gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc.). Per quanto riguarda queste ultime patologie si deve fare riferimento a gravissimi esiti disabilitanti tipici della fase avanzata o terminale di questo tipo di malattie, con situazioni di totale dipendenza e necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore”.

**CRITERI SPECIFICI DI ESCLUSIONE PER GLI INSERIMENTI INDIVIDUALI**

In linea generale gli inserimenti individuali in strutture per anziani o disabili non debbono riguardare:

- casi di particolare complessità quali ad esempio la presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica. Inserimenti di persone con tali necessità assistenziali, sono comunque possibili se la struttura garantisce un adeguato livello di tutti gli interventi, assicurando tutto ciò



		<p>che occorre per garantire una adeguata assistenza;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inserimenti di persone con capacità cognitiva e relazionale non completamente compromessa per le quali è necessario tener conto dei problemi di adattamento e collocazione ambientale.</li> </ul>
<b>2</b>		<b>PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO</b>
	<b>2.1</b>	<p>Nel servizio deve operare personale socio-sanitario e sanitario in possesso di adeguata qualificazione secondo quanto precisato nell'allegato DB, con competenze tecniche e relazionali adatte a soddisfare i bisogni delle persone con gravissima disabilità acquisita ed a sostenere la relazione con i familiari.</p>
	<b>2.2</b>	<p><b><i>Dotazione di personale-standard di assistenza</i></b></p> <p>La dotazione di personale della struttura è incrementata in relazione all'impegno assistenziale richiesto dal piano personalizzato di assistenza della persona con gravissima disabilità acquisita che si accoglie.</p> <p>In ogni caso il soggetto gestore deve assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza di personale infermieristico h 24 nell'ambito della struttura e l'adeguamento della presenza infermieristica in relazione ai bisogni della persona con gravissima disabilità acquisita. Per i casi di particolare complessità dovrà essere assicurata una presenza oraria maggiore in base alle specifiche necessità;</li> <li>- la presenza quotidiana di personale medico su 5 giorni feriali, con un parametro aggiuntivo rispetto a quanto previsto per gli altri ospiti, di 1 h settimanale per ogni persona con grave disabilità acquisita. Per quanto riguarda la richiesta di interventi medici al di fuori della presenza del parametro indicato in precedenza, Il soggetto gestore deve assicurare accordi e protocolli al fine di garantire: <ul style="list-style-type: none"> <li>o l'intervento a chiamata del medico di medicina generale durante la fascia diurna;</li> <li>o l'interventi del servizio medico di continuità assistenziale (guardia medica);</li> <li>o gli interventi di emergenza-urgenza, attraverso protocolli e procedure formalizzate con il dipartimento per l'emergenza-urgenza dell'AUSL.</li> </ul> </li> <li>- la presenza di un numero potenziato ed adeguato di OSS (sulla base di quanto previsto nell'allegato DB), tenendo conto dell'insieme della dotazione di personale di assistenza della struttura e dei bisogni assistenziali evidenziati nel piano individualizzato di assistenza, avendo comunque come riferimento di personale per la persona con grave disabilità acquisita un numero di OSS non inferiore al rapporto di 1 operatore ogni 1,5 ospiti. In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS durante l'effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilitazione per fini posturali al letto o in carrozzina, igiene quotidiana, bagni, vestizione e svestizione, alimentazione per la persona con grave disabilità acquisita;</li> <li>- l'adeguamento della presenza del fisioterapista, nella misura di 1,5 h settimanali aggiuntive per ogni persona con grave disabilità acquisita;</li> <li>- interventi svolti da personale con qualifica di psicologo con formazione specifica nel campo delle disabilità acquisite per le seguenti funzioni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) attività clinica rivolta agli ospiti;</li> <li>b) attività di supporto agli ospiti ed ai familiari;</li> <li>c) supervisione per azioni di supporto e prevenzione del burn-out degli operatori, in relazione a quanto previsto nel piano individualizzato di assistenza.</li> </ol> <p>Per quanto riguarda gli interventi sociali, Il soggetto gestore assicura il collegamento e la collaborazione con gli operatori sociali del territorio.</p> </li> </ul>
	<b>2.3</b>	<p><b><i>Assistenza specialistica</i></b></p> <p>Il soggetto gestore deve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assicurare secondo le modalità concordate con l'AUSL un riferimento medico costante per il team assistenziale della struttura: un fisiatra per le cerebrolesioni e le mielolesioni ed un neurologo per le patologie neurologiche degenerative;</li> <li>• garantire ed attivare procedure formalizzate, condivise con l'equipe</li> </ul>



		<p>multiprofessionale distrettuale, (modalità di accesso facilitato e congruità dei tempi) con l'AUSL di riferimento per :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le consulenze specialistiche necessarie quali ad esempio: fisiatra, neurologo, pneumologo, otorinolaringoiatra, dermatologo, nutrizionista, odontoiatra, anestesista;</li> <li>- canali privilegiati e percorsi facilitati per l'accesso ad esami diagnostici strumentali e per gli esami di laboratorio.</li> </ul>
	<b>2.4</b>	<b>Requisiti organizzativo-gestionali</b>
		<p>Il soggetto gestore deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la previsione di momenti di analisi, di valutazione e programmazione degli interventi, riunioni tra gli operatori a cadenza almeno mensile e verbalizzate;</li> <li>- una procedura per la formulazione del Progetto Assistenziale Individuale, sulla base della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, che preveda l'utilizzo di indicatori valutabili: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) sulla prevenzione di danni secondari e complicanze;</li> <li>b) relativi al benessere fisico e psicologico dell'utente e dei familiari, alla soddisfazione dei familiari, e alla tutela della relazione familiari/utente;</li> </ul> </li> <li>- all'interno del PAI un'adeguata e qualificata valutazione degli ausili anche tecnologici (anche con il supporto di competenze esterne), che possono essere utili per obiettivi di autonomia personale;</li> <li>- la possibilità di presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori; è a discrezione di ogni struttura l'identificazione di uno strumento unico utilizzabile sia per il trasferimento delle informazioni quotidiane che per l'aggiornamento dei PAI;</li> <li>- la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa;</li> <li>- la previsione di modalità finalizzate a favorire il mantenimento delle relazioni con l'esterno anche attraverso specifiche convenzioni con associazioni di volontariato;</li> <li>- la possibilità per parenti e conoscenti di effettuare visite agli ospiti del nucleo; ove si intenda disciplinarle, eventuali limitazioni devono essere contenute nel Regolamento o carta dei servizi, e comunque assolutamente circoscritte, nel rispetto delle esigenze degli ospiti.</li> </ul>
	<b>3</b>	<b>COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE</b>
	<b>3.1</b>	L'organizzazione della vita e delle attività deve essere orientata alla normale vita familiare e in grado di garantire il più alto livello possibile di partecipazione.
	<b>3.2</b>	Deve essere garantita la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa.
	<b>4</b>	<b>STRUTTURA</b>
	<b>4.1</b>	<p>L'inserimento deve avvenire di norma in camere da letto singole. Sulla base del gradimento dell'ospite e dei familiari è possibile che l'equipe multiprofessionale distrettuale valuti l'opportunità di inserimento in una stanza a due posti in base alla situazione specifica del paziente. Dovrà essere inoltre garantita la possibilità di accoglienza anche notturna, se richiesta, di un familiare nella camera dell'ospite. Le camere inoltre dovranno essere dotate di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servizi igienici per la non autosufficienza collegati alle camere, di dimensioni e con disposizioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostegno da parte degli operatori per l'attività di assistenza anche mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento;</li> <li>• campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per i posti letto adeguati alla persona/e con disabilità gravissima acquisita ospitata/e (collegamento interfono o con idonei strumenti di comunicazione);</li> <li>• collegamento telefonico interno alle camere.</li> </ul> <p>La/e camera/e devono essere collocate possibilmente in area riservata o comunque non promiscua con gli altri ospiti della struttura.</p> <p>Deve essere fruibile e facilmente accessibile un locale per bagno assistito ed una palestra dotata di attrezzature ed ausili in relazione alle condizioni degli ospiti ed alle attività specifiche.</p>

<b>5</b>	<b>ATTREZZATURE (ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
<b>5.1</b>	<p>In relazione ad inserimenti individuali di persone con disabilità gravissima acquisita disabili devono essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, con comando elettrico e manuale, e con dotazione set di ruote con freno;</li> <li>- materassi antidecubito per soggetti ad alto rischio (ad elementi intercambiabili con compressore ad aria alternata e a lenta cessione d'aria); cuscini antidecubito ad aria e automodellanti (per tutti);</li> <li>- carrozzine specifiche ed adattate all'utenza; dotazione di una carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile, con cuscino antidecubito e a ruote piccole, da utilizzare in caso di necessità; -</li> <li>- poltrona/e relax regolabile/i ad uso dei familiari;</li> <li>- barella doccia;</li> <li>- dotazione di un sollevatore elettrico con bilancia automatica inserita;</li> <li>- possibilità di adeguato utilizzo di letto bobath elettrico.</li> </ul>
<b>5.2</b>	<p><b>Attrezzature sanitarie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elettrocardiografo;</li> <li>- sistema di aspirazione elettrica per le secrezioni bronchiali;</li> <li>- saturimetro;</li> <li>- pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi;</li> <li>- laringoscopio completo;</li> <li>- dotazione dei farmaci per l'emergenza;</li> <li>- apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma delle disposizioni vigenti in materia;</li> <li>- nebulizzatore.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
<b>6.1</b>	Deve essere svolta una ricognizione annuale del fabbisogno formativo e predisposto un piano formativo che tenga conto della complessità dell'assistenza, nonché della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali dei familiari, e della tutela della relazione familiari/utente; [per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive anche della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali ed affettivi degli ospiti];
<b>6.2</b>	Il soggetto gestore assicura la partecipazione di tutti gli operatori ad attività formative e di aggiornamento per almeno 30 ore annue, concordate con l'équipe multiprofessionale di ambito distrettuale, con particolare attenzione ai bisogni specifici dell'utenza.
<b>6.3</b>	Deve essere prevista una procedura per l'inserimento di nuovi operatori che preveda anche un periodo di adeguato addestramento/affiancamento al personale del nucleo, della durata di almeno due settimane.

## **ALLEGATO DE**

### **Requisiti specifici per “Strutture e nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04”**

#### **PREMESSA**

In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04) in strutture o nuclei specifici, Il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata dei nuclei residenziali dedicati, garantendo in aggiunta ai requisiti generali e specifici per le strutture residenziali per anziani e disabili, gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali riportati nel presente allegato. Le modalità di accesso a tali soluzioni residenziali sono definite dalla DGR 2068/04 e successivi atti attuativi.

#### **DEFINIZIONE**

E' uno specifico nucleo socio-sanitario per l'accoglienza permanente o temporanea, attivato all'interno di altre strutture residenziali per anziani (casa-residenza per anziani non autosufficienti) o disabili adulti (Centri socio-riabilitativi Residenziali), o in altre tipologie di strutture. L'inserimento in nuclei all'interno di strutture per disabili riguarda preferibilmente casi con mielolesione o con patologie neurologiche involutive che non presentino una particolare complessità come ad esempio la presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica.

#### **FINALITA'**

- Garantire un programma assistenziale a lungo termine a conclusione del percorso riabilitativo (continuità assistenziale);
- Promuovere e tutelare lo stato di benessere psicofisico;
- Mantenere condizioni sanitarie soggettive ottimali;
- Sostenere la famiglia del paziente;
- Mantenere le relazioni con l'ambiente sociale di provenienza e favorire l'integrazione sociale nel nuovo contesto residenziale, valorizzando il ruolo delle reti informali e delle associazioni;
- Offrire ospitalità anche temporanea con funzioni di “solievo” e/o di “sostegno/formazione” per la famiglia;

#### **UTENZA**

Persone in situazione di handicap gravissimo acquisito in situazione stabilizzata, che abbiano concluso il percorso riabilitativo, con età eguale o superiore a 18 anni, con disabilità conseguenti a:

gravissime cerebrolesioni, conseguenti a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite...) che ha determinato una condizione di coma, più o meno protratto, a cui sono conseguite disabilità sensoriali, motorie, cognitive e comportamentali permanenti e di norma associate a stato vegetativo o di minima coscienza che condizionano un quadro di totale non autosufficienza;

gravissime mielolesioni, con un danno al midollo spinale di origine traumatica o di altra natura che ha determinato una grave tetraplegia, caratterizzata da deficit funzionale completo e permanente dei quattro arti;

gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata ( ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc.). Per quanto riguarda queste ultime patologie si deve fare riferimento a gravissimi esiti disabilitanti tipici della fase avanzata o terminale di questo tipo di malattie, con situazioni di totale dipendenza e necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore”.

#### **CAPACITA' RICETTIVA**

Il nucleo di norma deve comprendere da 6/8 a 15 ospiti e comunque sino ad un massimo di 30 ospiti (nel caso di 30 ospiti, va prevista l'articolazione in due sotto nuclei).

Il nucleo all'interno di Centri Socio-riabilitativi Residenziali per disabili deve comprendere un numero minimo di 4/6 ospiti.



<b>2</b>	<b>PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO</b>
<b>2.1</b>	Nel servizio deve operare personale socio-sanitario e sanitario in possesso di adeguata qualificazione secondo quanto precisato nell'allegato DB, con competenze tecniche e relazionali adatte a soddisfare i bisogni delle persone con gravissima disabilità acquisita ed a sostenere la relazione con i familiari.
<b>2.2</b>	<p><b><i>Dotazione di personale-standard di assistenza</i></b></p> <p>Deve essere garantita la presenza quotidiana di personale medico (di norma medico di medicina generale) adeguatamente formato in un rapporto di 5 ore settimanali ogni 5 ospiti su 5 giorni feriali; in caso di nuclei superiori ai 10 ospiti, in rapporto di 3 ore aggiuntive ogni 5 ospiti superiori ai 10.</p> <p>Il soggetto gestore deve assicurare accordi e protocolli al fine di garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'intervento a chiamata del medico di medicina generale durante la fascia diurna;</li> <li>○ l'interventi del servizio medico di continuità assistenziale (guardia medica);</li> <li>○ gli interventi di emergenza-urgenza, attraverso protocolli e procedure formalizzate con il dipartimento per l'emergenza-urgenza dell'AUSL.</li> </ul> <p>Deve essere assicurata la presenza di un numero adeguato di OSS in numero comunque non inferiore al rapporto di 1 operatore ogni 1,5 ospiti.</p> <p>In caso di nucleo tale rapporto va valutato anche tenendo conto dell'insieme della dotazione di personale di assistenza della struttura. In ogni caso nel nucleo deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS durante l'effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilitazione per fini posturali al letto o in carrozzina, igiene quotidiana, bagni, vestizione e svestizione, alimentazione per gli ospiti.</p> <p>Devono inoltre essere garantite le seguenti figure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- responsabile di nucleo con funzioni anche di coordinamento sanitario; tale funzione viene svolta da personale infermieristico in misura 1 operatore per ogni struttura di almeno 20 posti letto, con riduzione proporzionale al numero degli ospiti, assicurando in ogni caso almeno 18 ore settimanali;</li> <li>- presenza di personale infermieristico nelle 24 ore. In caso di nucleo la presenza sulle 24 ore può essere riferita all'intera struttura, ma in ogni caso durante le attività diurne dedicate al nucleo deve essere assicurata almeno la presenza effettiva di 1 infermiere sino ad un massimo di 20 ospiti e per i casi di particolare complessità (ad esempio in presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica) deve essere assicurata una presenza oraria maggiore in base alle specifiche necessità previste nei PAI;</li> <li>- un fisioterapista ogni 20 ospiti;</li> <li>- in aggiunta per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive: un educatore professionale o animatore ogni 20 ospiti.</li> </ul> <p>Devono essere assicurati interventi per un totale di 9 ore settimanali ogni 10 utenti svolti da personale con qualifica di psicologo con formazione specifica nel campo delle disabilità acquisite per le seguenti funzioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) attività clinica rivolta agli ospiti;</li> <li>b) attività di supporto agli ospiti ed ai familiari;</li> <li>c) supervisione per azioni di supporto e prevenzione del burn-out degli operatori.</li> </ol> <p>Per quanto riguarda gli interventi sociali, Il soggetto gestore assicura il collegamento e la collaborazione con gli operatori sociali del territorio.</p>
<b>2.3</b>	<p><b>Assistenza specialistica</b></p> <p>Il soggetto gestore deve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assicurare secondo le modalità concordate con l'AUSL un riferimento medico costante per il team assistenziale della struttura: un fisiatra per le cerebrolesioni e le mielolesioni ed un neurologo per le patologie neurologiche degenerative;</li> <li>• garantire ed attivare procedure formalizzate, condivise con l'equipe multiprofessionale distrettuale, (modalità di accesso facilitato e congruità dei</li> </ul>

		<p>tempi) con l'AUSL di riferimento per :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le consulenze specialistiche necessarie quali ad esempio: fisiatra, neurologo, pneumologo, otorinolaringoiatra, dermatologo, nutrizionista, odontoiatra, anestesista;</li> <li>- canali privilegiati e percorsi facilitati per l'accesso ad esami diagnostici strumentali e per gli esami di laboratorio.</li> </ul>
		<b>Requisiti organizzativo-gestionali</b>
		<p>Il soggetto gestore deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la previsione di momenti di analisi, di valutazione e programmazione degli interventi, riunioni tra gli operatori a cadenza almeno mensile e verbalizzate;</li> <li>- una procedura per la formulazione del Progetto Assistenziale Individuale, sulla base della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, che preveda l'utilizzo di indicatori valutabili: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) sulla prevenzione di danni secondari e complicanze;</li> <li>b) relativi al benessere fisico e psicologico dell'utente e dei familiari, alla soddisfazione dei familiari, e alla tutela della relazione familiari/utente;</li> </ul> </li> <li>- all'interno del PAI un'adeguata e qualificata valutazione degli ausili anche tecnologici (anche con il supporto di competenze esterne), che possono essere utili per obiettivi di autonomia personale;</li> <li>- la possibilità di presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori; è a discrezione di ogni struttura l'identificazione di uno strumento unico utilizzabile sia per il trasferimento delle informazioni quotidiane che per l'aggiornamento dei PAI;</li> <li>- la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa;</li> <li>- la previsione di modalità finalizzate a favorire il mantenimento delle relazioni con l'esterno anche attraverso specifiche convenzioni con associazioni di volontariato;</li> <li>- la possibilità per parenti e conoscenti di effettuare visite agli ospiti del nucleo; ove si intenda disciplinarle, eventuali limitazioni devono essere contenute nel Regolamento o carta dei servizi, e comunque assolutamente circoscritte, nel rispetto delle esigenze degli ospiti.</li> </ul>
<b>3</b>		<b>COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE</b>
	<b>3.1</b>	L'organizzazione della vita e delle attività deve essere orientata alla normale vita familiare e in grado di garantire il più alto livello possibile di partecipazione.
	<b>3.2</b>	Deve essere garantita la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa.

4	<b>STRUTTURA</b>
4.1	<p>Nel nucleo devono essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nel caso di strutture per anziani camere da letto di norma singole, nel caso di strutture per disabili camere da letto con una superficie utile - di norma - di mq 12 per le camere ad un posto e di mq. 18 per le camere a due posti. Sulla base del gradimento dell'ospite e dei familiari è possibile che l'èquipe multiprofessionale distrettuale valuti l'opportunità di inserimento in una stanza a due posti in base alla situazione specifica del paziente. Dovrà essere inoltre garantita la possibilità di accoglienza anche notturna, se richiesta, di un familiare nella camera dell'ospite;</li> <li>- servizi igienici per la non autosufficienza collegati alle camere di norma in numero di 1 ogni camera e comunque non meno di 1 ogni due camere, di dimensioni e con disposizioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostegno da parte degli operatori per l'attività di assistenza anche mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento;</li> <li>- campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto adeguati alla tipologia di utenza ospitata (collegamento interfono o con idonei strumenti di comunicazione) [per gli stati vegetativi da valutare la presenza di un sistema di videosorveglianza da postazione centralizzata];</li> <li>- collegamento telefonico interno alle camere;</li> <li>- possibilità di collegamento Internet;</li> <li>- soggiorno e zona pranzo di nucleo;</li> <li>- locali comuni, anche ad uso polivalente [per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive da destinare anche ad attività occupazionali, di socializzazione e culturali, ecc.] In caso di nucleo, la dotazione di tali locali potrà essere in comune con il resto della struttura;</li> <li>- locale dispensa/tisaneria per i familiari, dotato di impianto TV e impianto stereo;</li> <li>- servizi igienici accessibili a persone con disabilità collegati agli spazi comuni in numero minimo di due, di cui uno per visitatori. In caso di nucleo, il servizio igienico per visitatori potrà essere in comune con il resto della struttura;</li> <li>- locale per bagno assistito con predisposizioni per vasca assistita. [per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive: dotato di vasca assistita] In caso di nucleo con un numero di ospiti inferiore a 10, l'utilizzo del bagno assistito può essere in comune con la struttura;</li> <li>- palestra dotata di attrezzature ed ausili in relazione alle condizioni degli ospiti ed alle attività specifiche. In caso di nucleo, la palestra e le relative attrezzature potranno essere utilizzate in comune con la struttura;</li> <li>- locale per il personale di nucleo (guardiola);</li> <li>- locale di servizio per il personale, con servizio igienico. In caso di nucleo, la dotazione di tali locali potrà essere in comune con il resto della struttura;</li> <li>- locale per vuotatoio e lavapadelle di nucleo;</li> <li>- spazio per fumatori nel rispetto della normativa vigente. In caso di nucleo, la dotazione di tale spazio potrà essere in comune con il resto della struttura.</li> </ul>



<b>5</b>	<b>ATTREZZATURE (ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)</b>
<b>5.1</b>	<p>Gli arredi, le attrezzature e gli utensili devono essere curati, esteticamente gradevoli nonché permettere una idonea funzionalità d'uso e fruibilità in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata.</p> <p>Deve essere garantita agli utenti la possibilità di utilizzare arredi e suppellettili personali.</p> <p>In particolare nel nucleo devono essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, con comando elettrico e manuale, e con dotazione set di ruote con freno;</li> <li>- materassi antidecubito per soggetti ad alto rischio (ad elementi intercambiabili con compressore ad aria alternata e a lenta cessione d'aria); cuscini antidecubito ad aria e automodellanti (per tutti);</li> <li>- carrozzine specifiche ed adattate all'utenza; dotazione di una carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile, con cuscino antidecubito e a ruote piccole, da utilizzare in caso di necessità;</li> <li>- poltrone relax regolabili ad uso dei familiari; [in aggiunta per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive: poltrone relax regolabili elettronicamente in numero adeguato agli ospiti nelle condizioni di utilizzarle];</li> <li>- barella doccia (in caso di nucleo la barella doccia può essere anche in comune con la struttura);</li> <li>- idonei sistemi elettrici di sollevamento con dotazione adeguata di sollevatori elettrici in numero proporzionato alla tipologia degli ospiti ed alla presenza di personale e comunque in numero non inferiore ad 1 ogni 10 ospiti, di cui uno con bilancia automatica inserita, o di altri sistemi (ad esempio binario - monorotaia o ad "H"); [in aggiunta per le mielolesioni: standing elettrico; in aggiunta per le patologie neurologiche involutive: standing elettrico e disponibilità di un sollevatore per postura eretta, in relazione ai bisogni degli ospiti];</li> <li>- almeno 1 letto bobath elettrico (dimensioni minime: cm 200 x cm 120) ed in numero adeguato in relazione alla disponibilità di idonei spazi e del numero di fisioterapisti.</li> </ul>
<b>5.2</b>	<p><b>Attrezzature sanitarie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elettrocardiografo;</li> <li>- sistema di aspirazione elettrica per le secrezioni bronchiali;</li> <li>- saturimetro;</li> <li>- pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi;</li> <li>- laringoscopia completo;</li> <li>- dotazione dei farmaci per l'emergenza;</li> <li>- apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma delle disposizioni vigenti in materia preferibilmente a parete;</li> <li>- defibrillatore automatico eventualmente anche a disposizione della struttura;</li> <li>- nebulizzatore.</li> </ul> <p>Deve inoltre essere presente adeguata e garantita la disponibilità di pompe per l'alimentazione entrale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti.</p>
<b>6</b>	<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
<b>6.1</b>	Deve essere svolta una ricognizione annuale del fabbisogno formativo e predisposto un piano formativo che tenga conto della complessità dell'assistenza, nonché della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali dei familiari, e della tutela della relazione familiari/utente; [per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive anche della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali ed affettivi degli ospiti];
<b>6.2</b>	Il soggetto gestore assicura la partecipazione di tutti gli operatori ad attività formative e di aggiornamento per almeno 30 ore annue, concordate con l'équipe multiprofessionale di ambito distrettuale, con particolare attenzione ai bisogni specifici dell'utenza.
<b>6.3</b>	Deve essere prevista una procedura per l'inserimento di nuovi operatori che preveda anche un periodo di adeguato addestramento/affiancamento al personale del nucleo, della durata di almeno due settimane.

**ALLEGATO DF****Requisiti specifici per “Centri diurni dedicati per demenze”****PREMESSA**

Nel centro diurno demenze, in aggiunta ai requisiti generali per l'autorizzazione al funzionamento, ed ai requisiti generali e specifici per il centro diurno anziani, Il soggetto gestore assicura ulteriori requisiti specifici.

**DEFINIZIONE**

Sono strutture socio-sanitarie semiresidenziali caratterizzate come luogo di ospitalità temporanea, finalizzate al trattamento intensivo di uno specifico target di pazienti con demenza.

**FINALITA'**

- Controllare/contenere i disturbi del comportamento associati alla demenza, mettendo a punto strategie assistenziali e di prevenzione della ricomparsa dei disturbi;
- Supportare le famiglie nell'assistenza continuativa all'anziano, facilitare l'individuazione ed il percorso nei servizi della rete, offrire ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare la malattia anche da un punto di vista psico-relazionale.
- Sviluppare modalità di addestramento e di sostegno di familiari e operatori relativi alla gestione del malato al domicilio o nel servizio di provenienza (gestibilità del paziente in altri contesti);
- Sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete.

**UTENZA – CRITERI DI ELEGIBILITA'**

Persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo. I criteri di elegibilità vengono individuati attraverso la valutazione multidimensionale, ivi compresa la valutazione neuropsicologica, comportamentale ed affettiva garantite dall'esame clinico e dall'utilizzo di strumenti e scale validati, somministrati da personale qualificato.

La presenza di un nucleo familiare, che garantisca continuità “terapeutico-assistenziale” al domicilio, costituisce elemento/criterio di preferenza per l'accesso al centro diurno dedicato.

**CAPACITA' RICETTIVA**

Di norma 15 posti sino ad un massimo di 20 posti, organizzato in sottogruppi.

<b>2</b>	<b>PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO</b>
<b>2.1</b>	L'inserimento del personale nel centro diurno deve tener conto della motivazione dei singoli operatori a lavorare con tale tipologia di utenza (selezione motivazionale).
<b>2.2</b>	Il servizio garantisce la stabilità dello staff, attraverso l'utilizzo di specifiche strategie atte a prevenire, ridurre e monitorare il turn-over ed il burn-out.
<b>2.3</b>	<b>Standard di assistenza</b>
	Il centro diurno deve essere dotato di uno specifico standard di personale opportunamente selezionato e formato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti, nella misura minima di:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ almeno 1 OSS ogni 3 utenti;</li> <li>+ medico specialista (geriatra o neurologo) per almeno 4 ore settimanali;</li> <li>+ infermiere per almeno 4 ore settimanali;</li> <li>+ coordinatore o responsabile del centro diurno per almeno 18 ore a settimanali.</li> <li>+ operatore (animatore e/o educatore e/o fisioterapista) con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccolo gruppo finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento per almeno 18 ore a settimanali;</li> <li>+ psicologo con competenze specifiche nel campo delle demenze, al fine di garantire interventi rivolti ai familiari (sostegno individuale e di gruppo), agli operatori (formazione, prevenzione e riduzione del burn-out), e al paziente (valutazione neuropsicologica e psico-affettiva, ottimizzazione del PAI, supervisione attività di stimolazione) per almeno 9 ore settimanali.</li> </ul> <p>Tali standard sostituiscono quelli previsti in generale i centri diurni a valenza generale per anziani non autosufficienti (SPCDA.2.3).</p>

<b>4</b>	<b>STRUTTURA</b>
<b>4.1</b>	<p>Il centro diurno garantisce un ambiente sicuro e protesico, secondo i seguenti criteri generali :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una semplificazione graduata e facilitazione funzionale in base alle residue capacità ;</li> <li>- la sicurezza e quindi la riduzione/eliminazione dei rischi evitando nel contempo, il più possibile, limitazioni ai movimenti dell'ospite;</li> <li>- familiarità dell'ambiente che deve richiamare il più possibile luoghi e materiali di abitazione comune, anche attraverso la possibilità per l'ospite di portare il proprio animale da compagnia (garantendo il pieno rispetto della normativa regionale sul benessere dell'animale) ;</li> <li>- una riduzione della connotazione sanitaria degli ambienti, anche evitando l'utilizzo di divise sanitarie da parte degli operatori;</li> </ul>
<b>4.2</b>	<p>Il centro diurno dedicato assicura i seguenti ulteriori accorgimenti ambientali minimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deve essere collocato a piano terra ed affacciato su uno spazio cortilivo o un'area attrezzata a giardino (finalizzata al wandering);</li> <li>- Pavimentazione omogenea ed antisdrucchiolo;</li> <li>- Colorazione di pareti e pavimenti con tinte calde;</li> <li>- Mascheramento delle porte antifuga (mantenendo la facilità di accesso);</li> <li>- Porte bloccate manualmente o elettronicamente (sbloccabili anche a mano in caso di incendio);</li> <li>- Arredi privi di spigoli pericolosi (o dotati di paraspigoli con colori contrastanti);</li> <li>- Erogazione dell'acqua a temperatura costante;</li> <li>- Presenza di ausili per l'orientamento spaziale e temporale;</li> <li>- Presenza di almeno uno spazio alternativo agli ambienti comuni;</li> <li>- Presenza di un percorso interno per il wandering;</li> <li>- Area per attività strumentali, occupazionali e/o di affaccendamento.</li> </ul>
<b>6</b>	<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
<b>6.1</b>	<p>Il servizio dedicato garantisce momenti formativi e di aggiornamento periodici su tematiche inerenti le demenze, rivolti a tutto il personale. Vengono inoltre assicurati periodici incontri di équipe, supervisioni e incontri con lo psicologo (prevenzione burn-out).</p>
<b>8</b>	<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
<b>8.1</b>	<p>Il centro diurno per demenze accoglie gli ospiti per un periodo limitato (temporaneo). La durata della permanenza è legata al raggiungimento degli obiettivi del PAI e agli obiettivi da realizzarsi dopo le dimissioni.</p>
<b>8.2</b>	<p>Viene garantita una funzione di sistema da parte di una delle figure, per connettere metodi e obiettivi con l'esterno, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza una volta che il paziente sia stato dimesso.</p>
<b>8.3</b>	<p>I servizi garantiscono la definizione di un protocollo di accoglienza dell'ospite che prevede almeno una visita domiciliare ed un contatto con i familiari .</p>
<b>8.4</b>	<p>Ai fini dell'appropriatezza dell'ingresso, è indispensabile che la diagnosi di demenza sia fatta in maniera accurata e circostanziata sulla base di una valutazione multidimensionale (medica, cognitiva, comportamentale, funzionale ed affettiva), che ne evidenzii il criterio di elegibilità.</p>
<b>8.5</b>	<p>Il piano delle attività deve garantire attività di socializzazione, animazione, stimolazione/riabilitazione fisica/motoria, stimolazione/riattivazione cognitiva, terapia occupazionale da svolgere individualmente o in piccoli gruppi.</p>
<b>8.6</b>	<p>Nel periodo di frequenza, il servizio garantisce un sostegno continuativo alla famiglia relativamente all'utilizzo e condivisione di strategie concrete nell'affrontare i disturbi cognitivi e comportamentali al domicilio, nonché alle dinamiche legate al vissuto della malattia.</p>
<b>8.7</b>	<p>Il soggetto gestore prima del rientro a domicilio e/o al servizio di provenienza deve assicurare momenti di aggiornamento e formazione ai familiari ed ai caregiver informali per l'assistenza diretta all'utente.</p>



**ALLEGATO DG****Requisiti specifici per "Nuclei dedicati alle demenze per assistenza residenziale temporanea"****PREMESSA**

Nei nuclei dedicati alle persone con demenza in aggiunta ai requisiti generali per l'autorizzazione al funzionamento, ed ai requisiti generali e specifici casa-residenza per anziani non autosufficienti, il soggetto gestore assicura ulteriori requisiti specifici.

**DEFINIZIONE**

Sono strutture socio-sanitarie residenziali caratterizzate come luogo per ospitalità temporanea, finalizzata al trattamento intensivo di uno specifico target di pazienti con demenza.

**FINALITA'**

- Controllare/contenere i disturbi del comportamento associati alla demenza;
- Prevenire l'eccesso di disabilità valutando e trattando le patologie organiche concomitanti alla demenza;
- Sviluppare modalità di addestramento e di sostegno di familiari e operatori relativi alla gestione del malato per facilitarne il rientro/transizione al domicilio o al servizio di provenienza (gestibilità del paziente in altri contesti);
- Supportare le famiglie nell'assistenza continuativa all'anziano, facilitare l'individuazione ed il percorso nei servizi della rete, offrire ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare la malattia anche da un punto di vista psico-relazionale.
- Sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete.

**UTENZA – CRITERI DI ELEGIBILITA'**

Persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo, provenienti dal domicilio o da altro servizio, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo. I criteri di elegibilità vengono individuati attraverso la valutazione multidimensionale, ivi compresa la valutazione neuropsicologica, comportamentale ed affettiva garantite dall'esame clinico e dall'utilizzo di strumenti e scale validati, somministrati da personale qualificato.

**CAPACITA' RICETTIVA**

Di norma 15 posti sino ad un massimo di 20, garantendo una organizzazione per sottogruppi.

<b>2</b>	<b>PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO</b>
<b>2.1</b>	L'inserimento del personale deve tener conto della motivazione dei singoli operatori a lavorare con tale tipologia di utenza (selezione motivazionale).
<b>2.2</b>	Il soggetto gestore assicura la stabilità dello staff attraverso l'utilizzo di specifiche strategie atte a prevenire, ridurre e monitorare il turn-over ed il burn-out.
<b>2.3</b>	<p><b>Standard di assistenza</b></p> <p>Il nucleo deve essere dotato di uno specifico standard di personale opportunamente selezionato e formato, nella misura minima di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno due OSS durante l'orario diurno ogni 10 ospiti;</li> <li>- l'individuazione di un infermiere di riferimento del nucleo;</li> <li>- medico geriatra per almeno 12 ore settimanali per sei giorni ogni 10 ospiti;</li> <li>- responsabile di nucleo, con specifica esperienza nell'area delle demenze;</li> <li>- operatore (animatore e/o educatore e/o fisioterapista) con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccolo gruppo finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento per almeno 18 ore settimanali ogni 10 ospiti;</li> <li>- psicologo con competenze specifiche nel campo delle demenze, al fine di garantire interventi rivolti ai familiari (sostegno individuale e di gruppo), agli operatori (formazione, prevenzione e riduzione del burn-out), e al paziente (valutazione neuropsicologica e psico-affettiva, ottimizzazione del PAI, supervisione attività di stimolazione) per almeno 9 ore settimanali.</li> </ul> <p>Tali standard integrano e sostituiscono quelli indicati per la Casa – residenza per anziani non autosufficienti anziani a valenza generale (SPRA 2.1)</p>

<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
	<b>4.1</b>	<p>Il nucleo dedicato garantisce un ambiente sicuro e “protesico”, secondo i seguenti criteri generali :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- familiarità dell'ambiente che deve richiamare il più possibile luoghi e materiali di abitazione comune, anche attraverso la possibilità per l'anziano di personalizzare il proprio ambiente, nonché di tenere il proprio animale da compagnia (garantendo il pieno rispetto della normativa regionale sul benessere dell'animale) ;</li> <li>- una riduzione della connotazione sanitaria degli ambienti, anche evitando l'utilizzo di divise sanitarie da parte degli operatori;</li> <li>- una semplificazione graduata e facilitazione funzionale in base alle residue capacità ;</li> <li>- la sicurezza e quindi la riduzione/eliminazione dei rischi evitando nel contempo, il più possibile, limitazioni ai movimenti dell'ospite.</li> </ul>
	<b>4.2</b>	<p>Il servizio dedicato assicura i seguenti ulteriori accorgimenti ambientali minimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deve essere collocato a piano terra ed affacciato su uno spazio cortilivo o un'area attrezzata a giardino (finalizzata al wandering);</li> <li>- Pavimentazione omogenea ed antisdrucciolo;</li> <li>- Utilizzo di luce diffusa per l'illuminazione degli ambienti (assenza di coni d'ombra);</li> <li>- Colorazione di pareti e pavimenti con tinte calde;</li> <li>- Mascheramento delle porte antifuga (mantenendo la facilità di accesso);</li> <li>- Porte bloccate manualmente o elettronicamente (sbloccabili anche a mano in caso di incendio);</li> <li>- Arredi privi di spigoli pericolosi (o dotati di paraspigoli con colori contrastanti);</li> <li>- Erogazione dell'acqua a temperatura costante;</li> <li>- Presenza di ausili per l'orientamento spaziale e temporale;</li> <li>- Presenza di almeno uno spazio alternativo agli ambienti comuni;</li> <li>- Presenza di un percorso interno per il wandering;</li> <li>- Area per attività strumentali, occupazionali e/o di affaccendamento.</li> </ul>
<b>6</b>		<b>FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</b>
	<b>6.1</b>	Il nucleo dedicato garantisce momenti formativi e di aggiornamento periodici su tematiche inerenti le demenze, rivolti a tutto il personale. Vengono inoltre assicurati periodici incontri di équipe, supervisioni e incontri con lo psicologo (prevenzione burn-out).
<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
	<b>8.1</b>	L'accesso e le dimissioni al nucleo sono garantite nell'ambito del percorso socio-assistenziale condiviso a livello distrettuale e in accordo con la famiglia.
	<b>8.2</b>	Il nucleo dedicato accoglie gli ospiti per un periodo limitato (temporaneo). La durata della permanenza è legata al raggiungimento degli obiettivi del PAI e agli obiettivi da realizzarsi dopo le dimissioni.
	<b>8.3</b>	Viene garantita una funzione di sistema da parte di una delle figure, per connettere metodi e obiettivi con l'esterno, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza una volta che il paziente sia stato dimesso.
	<b>8.4</b>	Nel periodo di frequenza, il servizio garantisce un sostegno continuativo alla famiglia relativamente all'utilizzo e condivisione di strategie concrete nell'affrontare i disturbi cognitivi e comportamentali, nonché alle dinamiche legate al vissuto della malattia.
	<b>8.5</b>	Ai fini dell'appropriatezza dell'ingresso, è indispensabile che la diagnosi di demenza sia fatta in maniera accurata e circostanziata, seguendo le linee guida ufficiali, sulla base di una valutazione multidimensionale (medica, cognitiva, comportamentale, funzionale ed affettiva), che ne evidenzii il criterio di eleggibilità.
	<b>8.6</b>	Il servizio dà evidenza della presenza di procedure per l'ottimizzazione dei trattamenti farmacologici.
	<b>8.7</b>	Il piano delle attività deve garantire attività di socializzazione, animazione, stimolazione/riabilitazione fisica/motoria, stimolazione/riattivazione cognitiva, terapia occupazionale da svolgere individualmente o in piccoli gruppi.
	<b>8.8</b>	Il rientro al domicilio o al servizio di provenienza è garantito dall'accesso alle dimissioni protette, per assicurare la continuità assistenziale ed il sostegno ai familiari.



**ALLEGATO DH****Requisiti aggiuntivi per l'accoglienza temporanea di sollievo**

<b>1</b>		<b>POLITICA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA</b>
	<b>1.1</b>	Il soggetto gestore assicura sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione territoriale e dei servizi invianti l'adattamento delle scelte gestionali ed organizzative, al fine di rispondere in modo flessibile ai bisogni degli utenti, dei loro familiari e dei caregiver informali, assicurando tutte le relazioni e rapporti necessari al fine di garantire la continuità assistenziale e l'efficacia dell'accoglienza di sollievo.
<b>2</b>		<b>PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO</b>
	<b>2.1</b>	Il soggetto gestore deve assicurare una organizzazione degli spazi, delle attività quotidiane alberghiere ed assistenziali tale da garantire il miglioramento e/o il mantenimento delle abilità, delle relazioni e delle abitudini di vita dell'ospite, promuovendo le condizioni ottimali al momento del ritorno a domicilio.
	<b>2.2</b>	Il soggetto gestore prima del rientro a domicilio deve assicurare un programma di aggiornamento e formazione ai familiari ed ai caregiver informali per l'assistenza diretta all'utente.
	<b>2.3</b>	Il soggetto gestore deve dare evidenza di procedure concordate con i servizi territoriali per il tempestivo passaggio delle informazioni al fine di contribuire a garantire la continuità del percorso assistenziale.
<b>3</b>		<b>COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE</b>
	<b>3.1</b>	Il soggetto gestore, nell'ambito della Carta dei servizi, deve assicurare una informazione sull'opportunità dell'accoglienza temporanea di sollievo, sui servizi offerti e sui diritti degli utenti e dei loro familiari.
<b>4</b>		<b>STRUTTURA</b>
	<b>4.1</b>	Deve essere possibile di norma l'accoglienza in camera singola, se richiesto dall'ospite, compatibilmente con la disponibilità della struttura.[vale per le strutture residenziali]
<b>8</b>		<b>PROCESSI E PROCEDURE GENERALI</b>
	<b>8.1</b>	Deve essere possibile per l'utente e per i familiari visitare il servizio prima dell'ingresso.
	<b>8.2</b>	Deve essere data evidenza che la procedura di accoglienza assicuri il benvenuto all'utente e identifichi l'operatore o gli operatori a cui fare riferimento nella fase di inserimento per ogni informazione e supporto.
	<b>8.3</b>	Deve essere data evidenza del fatto che nella predisposizione del piano di assistenza individuale sono tenuti in considerazione sia i bisogni dell'utente e le necessità di cure sanitarie che i bisogni dei familiari e dei caregiver informali.
	<b>8.4</b>	Deve essere presente una procedura che assicuri la valutazione e la conoscenza delle abilità, delle relazioni e delle abitudini dell'ospite prima dell'ingresso in struttura.
	<b>8.5</b>	Per le accoglienze non programmabili con caratteristiche di urgenza la procedura deve prevedere che la valutazione e la conoscenza di abilità, relazioni e abitudini sia assicurata entro 2 giorni dall'ingresso.
	<b>8.6</b>	Deve essere data evidenza del fatto che il piano di assistenza individuale è in grado di soddisfare i bisogni e le esigenze anche di salute dell'utente.
	<b>8.7</b>	Deve esser data evidenza che al momento del rientro a domicilio è assicurata in forma scritta la verifica dell'attuazione del piano di assistenza individuale e la valutazione delle condizioni dell'utente.
	<b>8.8</b>	Deve essere data evidenza di procedure concordate con i servizi territoriali per il passaggio di informazioni relative alle condizioni dell'utente ed ai bisogni dei familiari e l'attivazione tempestiva del percorso più idoneo per il ritorno a domicilio, prevedendo il pieno coinvolgimento dell'utente e dei familiari.
<b>10</b>		<b>MIGLIORAMENTO</b>
	<b>10.1</b>	Deve essere data evidenza di una procedura che assicuri la raccolta anonima del gradimento degli utenti e dei loro familiari al termine dell'accoglienza temporanea di sollievo e di un report annuale del gradimento espresso.





























## LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

**Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l.** – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)  
**Nuova Tipografia Delmaino S.n.c.** – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

**Libreria Incontri** – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)  
**Edicola Libreria Cavalieri** – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>  
Indirizzo di posta certificata: [bollettinoufficiale@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:bollettinoufficiale@postacert.regione.emilia-romagna.it)

## MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

- Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo
- Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

**Avvertenza** – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

**L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.**

**La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.**

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.