

4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

4.1. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Finalità

Le R.S.A. sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della L 833/78.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:

- a) completamento di programmi riabilitativi già iniziati presso una struttura ospedaliera.
- b) riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'ospitalità temporanea può essere prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata ovvero durante la notte per specifiche patologie.

Le R.S.A. possono costituire presidi autonomi o essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:

- servizi socio sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizione della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e persone con disabilità.

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

Destinatari

Le R.S.A. sono diversamente strutturate , in termini organizzativi in funzione delle seguenti aree di intervento:

- **senescenza** riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronico-degenerative;
- **disabilità** riferita a persone adulte portatrici di disabilità fisica, psichica sensoriale o mista, in condizione di notevole dipendenza, per i quali la contemporanea presenza di malattie cronico-degenerative ha reso i bisogni assistenziali, infermieristici e tutelari assimilabili a quelli dell'area della senescenza.

Le R.S.A. sono inoltre organizzate in funzione dei seguenti livelli prestazionali in linea con le indicazioni della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali (maggio 2007) :

“R1” - assistenza a persone in Stato vegetativo o stati di minima coscienza, con SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, che necessitano di assistenza respiratoria, e/o sono portatori di tracheostomia, nutrizione artificiale (enterale o parenterale) e confinate a letto.

“R2”- assistenza a persone con malattie cronico-degenerative a forte rischio di riacutizzazione, che necessitano di un monitoraggio delle condizioni cliniche e dei parametri vitali, accompagnate da una forte riduzione dell'autonomia.

“R2D”- assistenza a persone con malattie cronico-degenerative, che presentano rilevanti disturbi cognitivi e/o del comportamento che necessitano interventi riabilitativi e/o tutelari,

“R3”- assistenza a persone con malattie cronico-degenerative in fase di ampia stabilizzazione ma con forte perdita dell'autonomia fisica

In ciascun nucleo sono ospitate di norma persone afferenti alla medesima area di intervento e al medesimo livello prestazionale.

4.1.1. R.S.A. IN REGIME DI RESIDENZIALITÀ

4.1.1.1. Requisiti Strutturali

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

La R.S.A. è di norma articolata in nuclei di minimo 10 e massimo 20 persone. Per il livello prestazionale R1 il nucleo è di minimo 4 e massimo 10 persone.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

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

Servizi di nucleo (ogni 10-20 posti):

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

Area destinata alla valutazione e alle terapie

Devono essere previsti:

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

Area della socializzazione

Devono essere previsti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Sale per le attività occupazionali.
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

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

- Depositi pulito e sporco.

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

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

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

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

- a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;
- b) per gli alloggi:
 - mq 28 per una persona
 - mq 38 per due persone
 - mq 52 per tre persone
- c) per le camere (bagno escluso):
 - mq 12 per una persona
 - mq 18 per due persone
 - mq 26 per tre persone
 - mq 32 per quattro persone
- d) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- e) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

4.1.1.2. Requisiti Tecnologici

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

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

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

Devono essere presenti:

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

4.1.1.3. Requisiti Organizzativi

L'organizzazione della R.S.A. deve garantire all'ospite:

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

I livelli assistenziali garantiti nell'ambito della R.S.A. sono articolati in relazione alla complessità dell'assistenza da erogare, così come segue:

- Livello medio-basso nel quale garantire il livello prestazionale "R3"
- Livello medio-alto nel quale garantire i livelli prestazionali "R2" e/o "R2D"
- Livello ad alta intensità assistenziale nel quale garantire il livello prestazionale "R1"

I livelli medio-basso e medio-alto devono di norma coesistere.

L'alta intensità assistenziale, livello prestazionale R1, è attivata preferibilmente in strutture polifunzionali ove sia già presente almeno un reparto di post-acuzie medica o riabilitativa.

La R.S.A. è collegata funzionalmente con i servizi territoriali facenti capo alle attività socio - sanitarie del distretto, comprendenti in particolare l'assistenza di medico di M.G. e il Centro di Assistenza Domiciliare .Inoltre in relazione alle specifiche patologie degli ospiti alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali nonché ai Dipartimenti di Salute Mentale.

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

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

La Direzione della R.S.A. è affidata:

- a) al Medico Responsabile in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza (geriatra, fisiatra o altro specialista) ovvero con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore con presenza di almeno quattro ore giornaliere per sei giorni alla settimana e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti; tale funzione viene estesa anche agli eventuali nuclei semiresidenziali presenti nella stessa struttura
- b) all'Infermiere Dirigente in possesso della qualificazione ed esperienza professionale prevista per accedere al livello D.S. (art. 12 del CCNL 7 aprile 1999) con la responsabilità delle attività assistenziali, organizzative ed alberghiere (coadiuvato per la funzione almeno da un infermiere coordinatore); tale funzione viene estesa anche agli eventuali nuclei semiresidenziali presenti nella stessa struttura

La R.S.A. deve essere inoltre in possesso del seguente personale:

- c) infermieri in numero variabile, in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A., con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali
- d) terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali, educatori professionali in numero variabile in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A. con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali
- e) operatori socio - sanitari o figure equipollenti in numero variabile in relazione ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A. con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali
- f) assistente sociale anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.
- g) psicologo anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.
- h) dietista anche a tempo parziale non inferiore alle 12 h settimanali.

In particolare, per i medici, e le figure professionali destinate all'assistenza diretta per i diversi livelli prestazionali dovranno essere garantiti i seguenti standard assistenziali giornalieri:

- 1) per il livello prestazionale R1 (dedicato a persone in Stato vegetativo o stati di minima coscienza, SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, con assistenza respiratoria, tracheostomia, nutrizione enterale o parenterale, confinate a letto)
 - a) Presenza del medico a copertura delle 24h nella struttura
 - b) Assistenza medica dedicata: 300 minuti / die per nucleo
 - c) Presenza Infermieristica a copertura delle 24H nel nucleo
 - d) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione) > 120 minuti / die persona (valore medio).
 - e) Assistenza infermieristica dedicata > 90 min / die persona (valore medio)

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

- a) Infermieri 1 ogni 3 posti
- b) OTA/OSS 1 ogni 2 posti
- c) Terapisti della riabilitazione 1 ogni 10 posti
- d) Medici 1 ogni 10 posti.

Nel caso di moduli inferiori alle 8 unità deve essere garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OTA/OSS per turno per nucleo.

2) per il livello prestazionale R2 (dedicato a persone con malattie cronico-degenerative a forte rischio di riacutizzazione, che necessitano di un monitoraggio delle condizioni cliniche e dei parametri vitali, accompagnate da una forte riduzione dell'autonomia)

- a) Assistenza medica dedicata: 160 minuti / die per nucleo
- b) Presenza Infermieristica a copertura delle 24H nel nucleo
- c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione) > 95 minuti / die persona (valore medio).
- d) Assistenza infermieristica dedicata > 45 minuti / die persona(valore medio).

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

- a) Infermieri 1 ogni 5 posti
- b) OTA/OSS 1 ogni 3,3 posti
- c) Terapisti della riabilitazione 1 ogni 20 posti
- d) Terapisti occupazionali/educatori professionali 1 ogni 20 posti

Nel caso di moduli inferiori alle 15 unità deve essere garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OTA/OSS per turno per nucleo.

Ad ottimizzazione delle risorse in strutture plurinucleo con nuclei di livello prestazionale R2D e R3 che non prevedono la presenza infermieristica notturna nel nucleo, l'infermiere del turno notturno del nucleo R2 può svolgere anche la funzione di guardia infermieristica notturna se la struttura non ha una recettività superiore ai 60 p.l.

3) per il livello prestazionale R2D (dedicato a persone con malattie cronico-degenerative, che presentano rilevanti disturbi cognitivi e/o del comportamento che necessitano interventi riabilitativi e/o tutelari)

- a) Assistenza medica dedicata : 120 minuti / die per nucleo
- b) Presenza Infermieristica a copertura delle 12H nel nucleo e 24H nella struttura
- c) Assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione) > 104 minuti / die persona.

d) Assistenza infermieristica dedicata > 36 minuti die persona.

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi riabilitativi e tutelari oltre al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche e di cura della persona, connotano il numero e la tipologia delle figure professionali quotidianamente coinvolte nell'assistenza:

- a) Infermieri 1 ogni 10 posti
- b) OTA/OSS 1 ogni 2,5 posti
- c) Terapisti della riabilitazione 1 ogni 20 posti
- d) Terapisti occupazionali/educatori professionali 1 ogni 20 posti

Nel caso di moduli inferiori alle 15 unità deve essere garantita la presenza contemporanea nel nucleo di almeno 2 operatori per turno

4) per il livello prestazionale R3 (dedicato a persone con malattie cronico degenerative in fase di ampia stabilizzazione ma con forte perdita dell'autonomia fisica) .

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

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

- a) Infermieri 1 ogni 10 posti
- b) OTA/OSS 1 ogni 3 posti
- c) Terapisti della riabilitazione 1 ogni 40 posti
- d) Terapisti occupazionali/educatori professionali 1 ogni 40 posti

Nel caso di moduli inferiori alle 15 unità deve essere garantita la presenza contemporanea nel nucleo di almeno 2 operatori per turno

La dotazione di personale schematizzata per ciascun livello prestazionale è da intendersi sulla base delle 24 ore per nucleo e, compatibilmente con le abitudini e i ritmi di vita degli ospiti, andrà articolata secondo i turni ed i piani di lavoro stabiliti dalla struttura.

Il personale di assistenza potrà essere proporzionalmente ridimensionato in funzione della grandezza della struttura, dei livelli prestazionali da assicurare, della numerosità dei p.l. per nucleo e in relazione al reale case mix assistenziale degli ospiti tenendo presente l'obbligo di assicurare l'attuazione dei Piani di Assistenza Individuali (PAI); si precisa in ogni caso che deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OTA/OSS per nucleo durante l'effettuazione di prestazioni quali mobilitazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione e deve essere assicurata ogni 60 posti letto la presenza notturna di almeno un infermiere.

La R.S.A. deve essere dotata di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero dei posti letto e al sistema organizzativo della struttura. detto personale può essere anche in comune con altre U.O.

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

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

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

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

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

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

In particolare, nelle R.S.A. è costituito il Comitato di partecipazione, valido anche per strutture con nuclei semiresidenziali, composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato, delle associazioni di tutela dei diritti, del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello provinciale e della Consulta regionale per l'handicap, con il compito, tra l'altro, di concorrere alla programmazione, gestione e verifica delle attività all'interno della struttura, anche in rapporto a quanto previsto nel presente paragrafo in materia di dignità, libertà personale e riservatezza dell'ospite.

Il Comitato di partecipazione raccoglie e valuta le istanze degli ospiti, in particolare per quanto riguarda le iniziative e le attività collaterali intese a promuovere maggiore autonomia e maggiore

integrazione degli stessi all'interno delle R.S.A. e, all'esterno, con il tessuto sociale, formulando le conseguenti proposte alla direzione della struttura.

Il Comitato di partecipazione è costituito da:

- 2 rappresentanti degli ospiti;
- 1 rappresentante delle famiglie;
- 1 rappresentante delle associazioni di volontariato che operano all'interno della struttura;
- 1 rappresentante delle associazioni di tutela dei diritti;
- 1 rappresentante del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello regionale;
- 1 rappresentante della Consulta Regionale per l'handicap.

4.1.1.b. RSA AD ALTA INTENSITA' LIVELLO PRESTAZIONALE "R1"

La struttura residenziale ad alta intensità assistenziale di livello prestazionale "R1" è finalizzata al trattamento di pazienti affetti da Stato vegetativo, Stati di minima coscienza, SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, con necessità di assistenza respiratoria, portatori di tracheostomia, nutrizione artificiale (enterale o parenterale), o comunque confinate a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale, in fase di stabilizzazione clinica, che abbiano completato i necessari precedenti protocolli riabilitativi ma per problematiche sociali e/o tecnico-organizzative non possono essere assistiti a domicilio.

L'attività di assistenza a questi soggetti è caratterizzata da:

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

4.1.1.b.1. Requisiti Strutturali

Data la peculiarità dei pazienti ospitati e dei livelli di assistenza da garantire vengono assunti oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.1. i seguenti:

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

4.1.1.b.2. Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 4.1.1.2. devono essere presenti:

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

4.1.1.b.3. Requisiti organizzativi

I nuclei di “R1” sono preferibilmente collocati all’interno di strutture polifunzionali con almeno un reparto di post acuzie medica o riabilitativa e sono costituiti da un minimo di 4 p.l. fino ad un massimo di 10 p.l..

A garanzia dell’assistenza sono presenti le figure professionali elencate alle lettere c, d, e, f, g, h, del paragrafo 4.1.1.3. e secondo le specifiche di dotazione ivi indicate per tale livello.

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

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

4.1.2. R.S.A. IN REGIME DI SEMIRESIDENZIALITÀ

Finalità

Le residenze sanitarie assistenziali organizzano, preferibilmente, anche attività in regime semi-residenziali diretti a persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti.

Tali attività possono essere esercitate:

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

Le attività in regime semiresidenziale si articolano in un livello prestazionale SR rivolto all'area della non autosufficienza e della fragilità in genere e in un livello prestazionale SRD rivolto all'area dei disturbi cognitivi e comportamentali legati alle sindromi demenziali.

4.1.2.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

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

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

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

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze sono determinati nelle misure che seguono.

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

- a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;
- b) per gli alloggi:
 - mq 28 per una persona
 - mq 38 per due persone
 - mq 52 per tre persone
- a) per le camere (bagno escluso):
 - mq 12 per una persona
 - mq 18 per due persone
 - mq 26 per tre persone
 - mq 32 per quattro persone
- a) le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);
- a) nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

4.1.2.2. Requisiti Tecnologici

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

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

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

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

Devono essere presenti:

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

Sono presenti materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

4.1.2.3. Requisiti Organizzativi

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

Per i requisiti organizzativi si fa riferimento al punto 4.1.1.3. e comunque il personale di assistenza dovrà essere commisurato ai livelli prestazionali dei nuclei della R.S.A., con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali:

1) per il livello prestazionale SR (regime semiresidenziale dedicato a persone con malattie cronico-degenerative in fase di ampia stabilizzazione ma con forte perdita dell'autonomia fisica)

- a) Assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, animatore, terapeuta occupazionale) > 50 minuti / die persona (valore medio).

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

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

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

2) per il livello prestazionale SRD (regime semiresidenziale dedicato a persone con malattie cronico degenerative, che presentano contemporaneamente disturbi cognitivi e/o del comportamento che necessitano interventi riabilitativi e/o tutelari)

- a) Assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, Psicologo, terapeuta cognitivo, terapeuta occupazionale) > 80 minuti / die persona (valore medio).

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

- a) OTA/OSS 1 ogni 3 posti. In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali: mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;
- b) Educatore professionale / Terapista occupazionale nel rapporto minimo di 18 ore settimanali ogni 15-20 posti con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccoli gruppi finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
- c) un infermiere coordinatore con la responsabilità delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 posti, eventualmente ridotto in modo

- proporzionale. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
- d) un infermiere nel rapporto minimo di 4 ore settimanali per 15 - 20 posti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici. In aggiunta è prevista la presenza programmata dell'infermiere per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza; Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
 - e) un fisioterapista per assicurare la consulenza agli OSS e la valutazione della necessità di interventi di riattivazione e mantenimento nel caso in cui tale esigenza venga individuata in sede di definizione del PAI. In aggiunta è prevista la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
 - f) medico specialista (geriatra o neurologo) per almeno 4 ore settimanali.

4.1.3 RESIDENZE PROTETTE (R.P.)

Le Residenze protette (R.P.) sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie gestite da soggetti pubblici o privati che erogano prestazioni sanitarie e riabilitative finalizzate all'inserimento sociale e alla prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale. Ospitano, anche in permanenza, persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, affette da patologie croniche e disabilità stabilizzate, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi.

I principi che ispirano la gestione delle Residenze protette sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:

- esecuzione di definiti programmi riabilitativi e/o abilitativi,
- riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

Le R.P. possono essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:

- servizi socio-sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- presidi di riabilitazione funzionale a favore di persone portatrici di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali che svolgono riabilitazione estensiva;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizioni della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e/o persone con disabilità.

Destinatari

Le R.P. intervengono nelle aree:

- *senescenza* - riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronico-degenerative, garantendo il livello prestazionale "R3";
- *disabilità complessa* - riferita a persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o mista non assistibili a domicilio e che necessitano di una risposta assistenziale continuativa a carattere residenziale. In relazione al carico assistenziale richiesto dagli ospiti, le R.P. per persone con disabilità si articolano in:

Residenze protette per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale (RD4); qualora la Residenza sia dedicata ad utenza in età evolutiva prende il nome di Residenza protetta per persone con disabilità in età evolutiva (RD3).

Residenze protette per persone con disabilità a basso carico assistenziale (RD5).

Capacità recettiva

La capacità recettiva dei presidi autonomi, se accolgono ospiti dell'area della senescenza, è di massimo 20 p.l.;

Le R.P. per l'area della disabilità complessa hanno una recettività che va da un minimo di 6 posti letto fino a un massimo di 60, in via eccezionale fino a 120 (R.P. derivanti da riconversioni di strutture ex art. 26, L. n. 833/78 di ampie dimensioni); le R.P. sono organizzate in nuclei autonomi di massimo 20 persone.

4.1.3.1 RESIDENZE PROTETTE (R.P.) IN REGIME DI RESIDENZIALITA'

4.1.3.1.1 Requisiti Strutturali

Le residenze protette dell'area della disabilità complessa hanno una capacità recettiva per nucleo da un minimo di 6 posti a un massimo di 20. La struttura è organizzata per tipologie di bisogni assistenziali e per età.

Le residenze protette dell'area della senescenza hanno una capacità recettiva per nucleo da un minimo di 6 posti a un massimo di 12.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine ove previsto dalla tipologia dell'utenza.

Le camere (bagno escluso) hanno le seguenti superfici minime:

- 12 mq per camera a un letto,
- 18 mq per camera a due letti,
- 26 mq per camera a tre letti,
- 32 mq per camera a quattro letti.

- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera dotato di lavandino, di w.c., bidet, doccia o vasca.

Servizi

- Locale medicheria per la gestione infermieristica dell'utenza, una per nucleo o per piano di degenza;

- Sala da pranzo anche plurinucleo/Locale soggiorno/gioco/ TV/ spazio collettivo;
- Angolo cottura;
- Locale di servizio, bagni e spogliatoi per il personale di assistenza;
- Bagno assistito con idonee attrezzature per le gravi disabilità, almeno 1 per nucleo o piano di degenza;
- Armadi per la biancheria pulita;
- Deposito materiale sporco;
- Area destinata alla valutazione e all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione commisurata al numero degli ospiti;
- Locali per l'attività amministrativa/archivio

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

4.1.3.1.2 Requisiti tecnologici

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

Devono essere presenti:

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo;
- farmaci per il trattamento delle urgenze;
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa trattati nella residenza;
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione;
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- un sollevatore mobile per piano di degenza con diverse tipologie di imbragature.

La R.P. rende disponibili tutti i presidi necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti, compresi quelli antidecubito (letti, materassi, cuscini,...).

4.1.3.1.3 Requisiti Organizzativi

L'organizzazione della R.P. deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;
- un ambiente di vita il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale;

- la socializzazione all'interno della R.P., anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

La R.P. è collegata funzionalmente con i servizi territoriali delle Aziende USL, in particolare quelli facenti capo alle attività sanitarie del distretto, comprendenti anche l'assistenza dei medici di medicina generale.

Inoltre, in relazione alle specifiche patologie degli ospiti, la R.P. è collegata funzionalmente alle vicine strutture ospedaliere, alle strutture specialistiche poliambulatoriali.

Nella R.P. devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti, ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla condizione patologica.

Nella R.P. in particolare sono garantite:

- prestazioni di medicina generale, specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche e di assistenza protesica con le modalità e i limiti previsti dal SSR per la generalità dei cittadini ai sensi della normativa vigente, anche attraverso i servizi distrettuali ed aziendali;
- prestazioni infermieristiche;
- prestazioni riabilitative;
- consulenza e controllo dietologico;
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- prestazioni odontoiatriche complete e podologiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini;
- prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto;
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali rapportati alle particolari condizioni degli ospiti;
- attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine;
- prestazioni per la cura personale (barbiere, parrucchiere e simili) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi;
- l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti.

Qualora la R.P. sia dedicata a persone con disabilità in età evolutiva, oltre alle prestazioni riabilitative, sono erogate anche prestazioni psico-educative e didattico-formative.

Le prestazioni confluiscono nel progetto riabilitativo di cui ogni ospite della R.P. è titolare; il progetto riabilitativo è organizzato sulla centralità della persona, favorendo le autonomie e la

partecipazione alla vita familiare e sociale, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la R.P., al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile dell'ospite.

La Direzione della R.P. è affidata al Medico Responsabile, in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza o della disabilità prevalente (geriatra, fisiatra o altro specialista), o con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore e con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti.

La R.P. "senescenza", con livello prestazionale "R3" deve essere dotata di operatori per nucleo con un rapporto minimo non inferiore agli standard assistenziali previsti dalla Commissione Ministeriale per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Residenziali e Semiresidenziali, già specificato al punto 4.1.1.3.

La R.P. "disabilità complessa" deve essere dotata di medico responsabile, medici specialisti, infermieri professionali, tecnici laureati, terapisti della riabilitazione, educatori professionali e operatori socio-sanitari o figure equivalenti; detto personale è presente con un rapporto paziente/operatore secondo le fasce di carico assistenziale di seguito indicate per 60 pazienti:

Tipologia	Medico Responsabile	Medico specialista	Infermiere professionale	DAI	Tecnico laureato	Terapista riabilitazione/Educatore professionale	Operatori Socio-Sanitari o figure equivalenti	Rapporto
Residenza protetta ad alto-medio carico assistenziale (RD4)	36 ore	24 ore	6 a 36 ore	0	18 ore	6 a 36 ore	18 a 36 ore	2,2 pazienti/1 operatore
Residenza protetta a basso carico assistenziale (RD5)	30 ore	10 ore	5 a 36 ore	0	0	3 a 36 ore	16 a 36 ore	2,8 pazienti/1 operatore

In caso di R.P. dedicate a minori con disabilità complessa, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva. E' indispensabile il medico specialista in Neuropsichiatria Infantile.

Per ogni ospite deve essere assicurata, anche in collaborazione con i servizi distrettuali:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un progetto individuale (annuale) che, deve essere redatto avendo come riferimento, per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-bisico-sociale. Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità per la sua realizzazione; il progetto può essere modificato in caso di eventi acuti che indichino un diverso percorso riabilitativo;
- l'istituzione di una cartella clinica personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata; in cartella sono presenti gli strumenti standardizzati di valutazione utilizzati (periodicamente aggiornati) e sono

registrate le eventuali assenze dell'utente dalla residenza; in cartella è presente, altresì, la scheda infermieristica.

Deve essere predisposto un regolamento interno, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso, il quale, oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi, deve contenere:

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

Le R.P. "senescenza" assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo RSA, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

Le R.P. "disabilità complessa" assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

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

In particolare, può essere costituito il comitato di partecipazione, composto da rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato, delle associazioni di tutela dei diritti, del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello provinciale e della Consulta regionale per l'handicap, con il compito, tra l'altro, di concorrere alla programmazione, gestione e verifica delle attività all'interno della struttura.

Il comitato di partecipazione è costituito da:

- 2 rappresentanti degli ospiti;
- 1 rappresentante delle famiglie;
- 1 rappresentante delle associazioni di volontariato che operano all'interno delle strutture;
- 1 rappresentante delle associazioni di tutela dei diritti;
- 1 rappresentante del sindacato pensionati maggiormente rappresentativo a livello regionale;
- 1 rappresentante della Consulta Regionale per l'handicap.

4.1.4. CENTRI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA'

I Centri semiresidenziali per persone con disabilità sono strutture sanitarie semiresidenziali socio-sanitarie gestite da soggetti pubblici o privati che erogano prestazioni sanitarie, riabilitative finalizzate al recupero funzionale e alla prevenzione dell'aggravamento e all'inserimento sociale, nei confronti di persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o mista dipendenti da qualunque causa.

I principi che ispirano la gestione dei Centri semiresidenziali sono quelli di una dimensione “familiare” capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

La frequenza può essere anche temporanea e programmata per:

- realizzazione di definiti programmi riabilitativi
- riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'attività dei Centri semiresidenziali può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture residenziali.

Destinatari

I Centri semiresidenziali intervengono nell'area della disabilità complessa riferita a persone con disabilità fisica psichica, sensoriale o mista che necessitano di una risposta assistenziale continuativa a carattere non residenziale. In relazione al carico assistenziale richiesto dagli ospiti, i Centri semiresidenziali si articolano in:

Centri semiresidenziali per persone con disabilità ad alto-medio carico assistenziale (SD4); qualora il Centro sia dedicato ai minori con disabilità prende il nome di Centro semiresidenziale per persone con disabilità in età evolutiva (SD3).

Centri semiresidenziali per persone con disabilità a basso carico assistenziale (SD5)

4.1.4.1. Requisiti strutturali

Il Centro semiresidenziale deve essere dotato di:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici e per visite mediche;
- In caso di attività di gruppo (formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O.
- Locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale per il pranzo dei pazienti;
- Locale spogliatoio guardaroba.

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

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative/archivio;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe;
- spogliatoi e bagni riservati al personale;
- aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale deposito del materiale sporco.

4.1.4.2. Requisiti tecnologici

Nel Centro semiresidenziale devono essere presenti:

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo;
- farmaci per il trattamento delle urgenze;
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione
- attrezzature per la riabilitazione motoria (letti per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele, ...);
- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.)
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

Il Centro rende disponibili tutti i presidi necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti.

4.1.4.3 Requisiti Organizzativi

L'organizzazione dei Centri semiresidenziali deve garantire all'ospite:

- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose;
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione;

- la socializzazione all'interno del Centro, anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni;
- un intervento globale ed interdisciplinare attuato da operatori qualificati;
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

Nel Centro semiresidenziale devono essere garantite tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue degli ospiti, ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla condizione patologica. Qualora il Centro semiresidenziale sia dedicato a persone con disabilità in età evolutiva, oltre alle prestazioni riabilitative, sono erogate anche prestazioni psico-educative e didattico-formative.

I servizi riabilitativi sono organizzati sulla centralità della persona, favorendo le autonomie e la partecipazione alla vita familiare e sociale, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicato il Centro, al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile dell'utente.

La Direzione del Centro è affidata al Medico Responsabile specialista nella disciplina della disabilità prevalente o con documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore.

Il Centro deve essere dotato di medico responsabile, medici specialisti, infermieri, tecnici laureati, terapisti della riabilitazione, educatori professionali e operatori socio-sanitari o figure equivalenti; detto personale è presente con un rapporto paziente operatore secondo le fasce di carico assistenziale di seguito indicate per 60 pazienti

Tipologia	Medic Responsabile	Medic specialista	Infermiere professionale	DAI	Tecnico laureat	Terapist riabilitazione/ Educator professionale	Operatori Socio-Sanitari o figure equivalenti	Rapporto
Centro semiresidenziale ad alto-medio carico assistenziale (SD4)	36	18 ore	2 a 36 ore	0	20	5 a 36 ore	6 a 36 ore	4 pazienti/1 operatore
Centro semir a basso carico ass, (SD5)	24	18 ore	1 a 36 ore	0	20	4 a 36 ore	6 a 36 ore	5 pazienti/1 operatore

In caso di Centro semiresidenziale dedicato a minori con disabilità complessa, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva. E' indispensabile il medico specialista in Neuropsichiatria Infantile.

Per ogni ospite deve essere assicurata, anche in collaborazione con i servizi distrettuali:

- la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la stesura di un progetto individuale annuale che deve essere redatto avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale.

Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità di realizzazione;

- l'istituzione di una cartella clinica personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata; in cartella sono presenti gli strumenti standardizzati di valutazione utilizzati che devono essere periodicamente aggiornati; nella cartella sono registrate le presenze dell'utente.

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

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti;
- le norme igienico sanitarie;
- le finalità ed i metodi riabilitativi, l'organizzazione delle attività all'interno della struttura;
- l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe;
- le modalità di raccolta dei segnali di disservizio.

I Centri semiresidenziali assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE PSICHICHE E SENSORIALI

Si definiscono Presidi di riabilitazione extra ospedaliera le strutture che erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo, che provvedono al recupero funzionale e sociale di persone con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale o miste dipendenti da qualunque causa, come già definita nell'articolo 26 della L. n. 833/78.

I principi che ispirano la gestione delle microstrutture sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti.

4.2.1. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME RESIDENZIALE

4.2.1.1. Requisiti Strutturali

La capacità recettiva minima è di 6 posti, mentre quella massima ammonta a 80 posti.

La struttura è articolata in nuclei di minimo 6 e massimo 20 persone.

Area della residenzialità

Area abitativa

Devono essere previsti:

- Camere da 1,2,3,4, letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle carrozzine.
- Servizi igienici adeguati ai pazienti non autosufficienti a servizio di almeno un terzo dei posti letto, con possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine, accesso diretto o immediatamente attiguo alla camera, dotato di lavandino, wc, doccia e, laddove possibile, bidet.
- Servizi di nucleo (ogni 10-20 ospiti).

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

Area destinata alla valutazione ed alle terapie

Devono essere previsti:

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

Area della socializzazione

Devono essere presenti:

- Servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali.
- Angolo bar, anche in comune con altre U.O. (in alternativa distributori automatici di alimenti e bevande).
- Sale e soggiorni polivalenti.
- Locali per servizi all'ospite (barbiere, parrucchiere, podologo).
- Aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente.
- Servizi igienici.

Aree generali e di supporto

Devono essere previsti:

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

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

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

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione dei presidi sono determinati nelle misure che seguono.

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

- a) la superficie totale utile funzionale della strutture è fissata in mq 40/45 per ospite;
- b) per gli alloggi:
 - mq 28 per una persona
 - mq 38 per due persone
 - mq 52 per tre persone
- c) per le camere (bagno escluso):

mq 12 per una persona
mq 18 per due persone
mq 26 per tre persone
mq 32 per quattro persone

d)le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo di 40/45 mq per ospite di cui alla precedente lettera a);

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

Requisiti Strutturali per le microstrutture (6-12 posti)

- Per strutture fino a 12 posti letto, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Collocazione in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Nel caso in cui la riabilitazione in microcomunità rappresenti una delle tipologie di offerta riabilitativa che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.
- Deve essere prevista una sede operativa autonoma nel caso in cui l'attività riabilitativa in micro-comunità venga svolta in maniera esclusiva.
- La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

Uno spazio per l'attesa

Un locale per accoglienza e per attività amministrative

Un locale adibito alla Direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe

Servizi igienici distinti per utenti e per il personale

Spazio per i materiali d'uso, strumentazione e dispositivi medici

Raccoglitori per il materiale sporco con eventuale raccolta rifiuti speciali, se necessaria.

Gli spazi debbono essere privi di barriere a meno che l'autorizzazione della struttura non preveda l'esplicita esclusione dei disabili fisici dai possibili utenti.

4.2.1.2. Requisiti Tecnologici ed impiantistici

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

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

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

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letti per fisioterapia, sgabelli, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma, parallele...);
- apparecchio elettrostimolatore per muscolatura normale e denervata;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, etc.);
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale;

La struttura rende disponibili tutti i presidi necessari ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti, compresi quelli antidecubito (letti, materassi, cuscini, sollevatori...).

In caso di strutture a più piani, impianti elevatori tra cui almeno un montalettighe idoneo per le persone con disabilità.

Requisiti tecnologici per le microcomunità (6-12):

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo
- farmaci per il trattamento delle urgenze
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione.

4.2.1.3. Requisiti Organizzativi

La direzione è affidata ad un medico in possesso di specializzazione correlata alla disabilità trattata ovvero possedere un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nel settore.

Il direttore responsabile può assumere la direzione dell'attività semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, nel caso in cui tutti i tipi d'intervento rappresentino le diverse tipologie di offerta assistenziale nella medesima struttura. In questo caso per ogni regine assistenziale è previsto il medico responsabile.

Il Direttore responsabile:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;

- coordina il lavoro del personale operante nella struttura;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli utenti;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente e del rispetto delle norme di sicurezza nei confronti del personale e degli utenti.

In caso di assenza o di impedimento del direttore responsabile le sue funzioni vengono temporaneamente svolte da un altro medico con specializzazioni previste per la direzione tecnica o in mancanza di un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nel settore.

Il Presidio deve essere dotato di una équipe pluridisciplinare composta da:

- fisiatra o disciplina equipollente, Neurologo o disciplina equipollente ed inoltre, per le attività rivolte all'età evolutiva, Neuropsichiatria infantile o disciplina equipollente;
- psicologo;
- professionisti sanitari della riabilitazione (Fisioterapisti, TdR, terapisti della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Educatori professionali);
- assistente sociale;
- responsabile personale infermieristico;
- infermieri;
- consulenti (Medici specialisti o altre professioni sanitarie)

I dirigenti di area infermieristica, gli infermieri e i professionisti sanitari della riabilitazione possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il rapporto pazienti/operatore sia rigidamente rispettato; di seguito è riportato detto rapporto per modalità di erogazione del progetto riabilitativo e impegno per 60 pazienti:

Residenziale estensivo elevato	2 pazienti/ 1 operatore
Residenziale mantenimento elevato	2,2 pazienti/ 1 operatore
Residenziale mantenimento medio	2,5 pazienti/ 1 operatore

Tutto il personale è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali.

Sono programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

Per ogni paziente deve essere redatto un progetto riabilitativo avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale. Nel progetto è contenuta la valutazione multidimensionale e sono esplicitate le risorse, i tempi e le modalità di realizzazione.

Deve essere:

- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi) gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione delle cartelle che consenta un rapido accesso ai dati.

Le attività riabilitative sono caratterizzate da modalità di lavoro di équipe.

E' garantita la globale presa in carico per tutto l'iter terapeutico previsto.

E' garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita.

Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.2.2. PRESIDI DI RIABILITAZIONE IN REGIME SEMIRESIDENZIALE

L'attività di riabilitazione a ciclo diurno può essere svolta in strutture autonome ovvero inserita all'interno di strutture residenziali.

4.2.2.1. Requisiti Strutturali

Devono essere previsti:

- Locali per accertamenti psicodiagnostici.
- In caso di attività di gruppo (gruppo formato da non più di 5 persone), locale palestra non inferiore a 35 mq; per ogni paziente oltre i 5, la superficie deve essere aumentata di almeno 5 mq.
- Cucinetta.
- Locali spogliatoio, con annessi servizi igienici, in comune con altre U.O.
- Locale attività pedagogico-educativa, addestramento professionale, tempo libero, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Spazi di soggiorno – relax, dotati di poltrone reclinabili, di superficie pari a 3 mq per ospite.
- Locale spogliatoio guardaroba.

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

- uno spazio per attesa;
- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe;
- spogliatoi del personale;
- aree verdi attrezzate all'interno del complesso; qualora ciò non sia possibile, le aree verdi attrezzate possono collocarsi anche fuori dalla struttura, nelle vicinanze della stessa, fatta salva comunque la possibilità da parte degli assistiti di accedervi facilmente;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità e per il personale;
- un locale per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale deposito del materiale sporco.

Requisiti Strutturali per le microstrutture (6-12 posti)

- Per strutture fino a 12 posti, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Collocazione in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Nel caso in cui la riabilitazione in micro-comunità rappresenti una delle tipologie di offerta riabilitativa che preveda l'erogazione degli interventi in regime residenziale, e/o semiresidenziale, e/o ambulatoriale la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi.
- Deve essere prevista una sede operativa autonoma nel caso in cui l'attività riabilitativa in micro-comunità venga svolta in maniera esclusiva.
- La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:
 - Uno spazio per l'attesa
 - Un locale adibito alla Direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe e per le attività amministrative
 - Servizi igienici distinti per utenti e per il personale
 - Spazio per i materiali d'uso, strumentazione e dispositivi medici
 - Raccoglitori per il materiale sporco con eventuale raccolta rifiuti speciali, se necessaria.

Gli spazi debbono essere privi di barriere a meno che l'autorizzazione della struttura non preveda l'esplicita esclusione dei disabili fisici dai possibili utenti.

4.2.2.2. Requisiti Tecnologici

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

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

Attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa.

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

Devono essere presenti:

- attrezzature per la riabilitazione motoria (letto per fisioterapia, cuscini di gomma piuma, tappeto di gomma piuma,...);

- apparecchi elettrostimolatori per la muscolatura normale e denervata;
- materiali e strumenti per la riabilitazione cognitiva (materiali modellabili, oggetti per la stimolazione stereognosica, memory test, ecc.)
- materiali e strumenti per la terapia occupazionale.

Requisiti tecnologici per microcomunità (6-12 posti)

- carrello per la gestione dei casi di urgenza, completo di elettrocardiografo
- farmaci per il trattamento delle urgenze
- attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa
- presidi e attrezzature atte allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione

4.2.2.3. Requisiti Organizzativi

L'orario di apertura non è inferiore a 36 ore settimanali, da suddividere in 5 o 6 giorni.

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

Per i requisiti organizzativi si fa riferimento al punto 4.2.1.3, salvo per quanto di seguito indicato:

Le figure professionali dell'équipe possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia dei pazienti presenti nella struttura a condizione che il rapporto pazienti/operatore sia rigidamente rispettato; di seguito è riportato detto rapporto per modalità di erogazione del progetto riabilitativo e impegno, per 60 pazienti:

Semiresidenziale estensivo elevato	2,6 pazienti/ 1 operatore
Semiresidenziale estensivo medio	3,6 pazienti/ 1 operatore
Semiresidenziale mantenimento elevato	3,8 pazienti/ 1 operatore
Semiresidenziale mantenimento medio	4,4 pazienti/ 1 operatore

4.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Definizioni

Le Strutture Residenziali Psichiatriche sono così suddivise:

- Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT). Destinate prioritariamente alla cura di persone per le quali al momento della dimissione da SPDC sia ritenuto necessario il proseguimento del trattamento in un contesto a minore – seppure ancora elevata – complessità assistenziale; inoltre sono destinate anche al trattamento di persone le cui condizioni configurano quadri la cui gravità richiede comunque un trattamento territoriale intensivo ad alta complessità assistenziale su indicazione e autorizzazione del DSM.
- Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (S.R.T.R.) (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità Terapeutico-Riabilitative): strutture sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario globale– psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale. Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie e di favorire l’acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Le S.R.T.R. garantiscono un’assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:
 - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:** strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.
 - **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:** strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell’abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (LR n.41/03).
- Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.): strutture socio-sanitarie di tipo comunitario per il trattamento volontario riabilitativo e il reinserimento sociale di pazienti adulti con un processo di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti, non trattabili a domicilio o in strutture socio-assistenziali, che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario o alloggiativo familiare a diversi livelli di assistenza. Le S.R.S.R., quali mediatori della “restituzione sociale”, hanno la finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile per consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica e il possibile reinserimento sociale, attraverso il rientro in famiglia, o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o l’inserimento in

strutture socio-assistenziali, o il passaggio in strutture della stessa tipologia ma con minore livello di intensità di protezione assistenziale socio-sanitaria. Le S.R.S.R. si suddividono in:

- **S.R.S.R. a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria (24 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per comunità riabilitative-residenziali): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia ed aspetti disabilitanti da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria continuativa nelle 24 ore.
- **S.R.S.R. a media intensità assistenziale socio-sanitaria (12 ore/24)** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Comunità di Convivenza e Comunità Alloggio): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale socio-sanitaria nelle sole 12 ore diurne. Il percorso socio-riabilitativo e la permanenza in queste strutture devono essere orientati verso un'ulteriore possibile diminuzione dell'assistenza e verso l'acquisizione delle autonomie necessarie per uscire dall'ambito assistenziale psichiatrico.
- **S.R.S.R. a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria con presenza di personale per fasce orarie** (appartengono a questa categoria le autorizzazioni già rese per Gruppi Appartamento): strutture per pazienti con un grado di stabilizzazione della patologia e con sufficienti livelli di autonomia tali da richiedere un supporto sociale e riabilitativo solo per una parte della giornata da parte di figure professionali con funzioni di sostegno e di supporto alla gestione della vita quotidiana.

Finalità e Destinatari

Le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali esplicano funzioni diagnostico-terapeutiche per il trattamento di persone che presentano disturbi psichiatrici la cui rilevanza richiede ambiti di accoglienza ad elevata intensità assistenziale. L'accesso è su base volontaria e tramite autorizzazione del DSM. Tali strutture devono garantire la necessaria continuità assistenziale per gli utenti provenienti da SPDC e per quelli provenienti dal territorio, attraverso una continua collaborazione e il pieno collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.

Le rimanenti strutture residenziali psichiatriche esplicano le funzioni, terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, tranne quelle strutture residenziali specificatamente dedicate a pazienti che presentano una comorbidità per disturbi psichiatrici e per dipendenza/abuso da sostanze psicotrope.

Agli ospiti delle strutture residenziali psichiatriche devono essere garantiti:

- Un ambiente il più possibile simile, per orari e ritmi della vita quotidiana, ad un contesto di vita familiare ed un clima emotivo favorente la convivenza comunitaria;
- La continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;
- La socializzazione all'interno e all'esterno della struttura anche con l'apporto di organizzazioni di partecipazione e di volontariato;
- La partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e/o il coinvolgimento delle persone che, al di fuori del rapporto di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo, fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie;

- Il collegamento con le strutture del DSM del territorio su cui insiste la struttura residenziale psichiatrica e il collegamento con le strutture del DSM di provenienza, ovvero di pertinenza territoriale per la presa in carico.

4.3.1 Requisiti Strutturali

Le strutture per i **Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali** devono essere in possesso di quanto segue:

L'area di ospitalità notturna deve possedere i seguenti requisiti:

- le camere devono ospitare al massimo 4 posti letto. Deve essere previsto almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto. Nelle nuove costruzioni le camere di degenza devono ospitare al massimo 2 posti letto ed avere il servizio igienico direttamente accessibile dalla camera;
- la struttura deve disporre di almeno 2 camere ad un letto ;
- la superficie delle camere di ospitalità notturna deve essere di almeno 9mq/p.l.; per le camere multiple nel computo della superficie si considerano, oltre al locale di ospitalità notturna, i locali accessori direttamente accessibili dalla camera (WC, antibagno) rispettando comunque per il locale di ospitalità notturna la dimensione minima di 7 mq/p.l.

Per le camere di ospitalità notturna multiple delle strutture sanitarie esistenti, la capacità ricettiva è validata in deroga ai previsti 9 mq/p.l. a condizione che sia rispettato lo standard dimensionale di 7 mq/p.l. utili per la camera e la disponibilità di un adeguato servizio igienico interno alla camera stessa.

La dotazione minima di ambienti di supporto è la seguente:

- un locale per visita e medicazioni;
- uno spazio per il dirigente infermiere con funzioni di coordinamento;
- un locale per medici (ad uso del medico di guardia nei turni previsti);
- uno locale/spazio per soggiorno ed uno spazio locale per ristorazione;
- un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;
- un locale/spazio in ogni piano ove sono ubicate le camere di ospitalità notturna, per il materiale sporco, dotato di vuotatoio e lavapadelle;
- servizi igienici per il personale;
- una cucinetta di reparto;
- un bagno assistito;
- locali specifici per colloqui/psicoterapie e locali soggiorno e spazi per le attività comuni, in relazione al numero dei posti letto. La struttura di ricovero garantisce nel presidio o in presidi ad essa collegati tutte le prestazioni e le procedure diagnostiche e strumentali necessarie per l'appropriato trattamento e processo terapeutico.

Il servizio di diagnostica per immagini (radiologia) può essere effettuato mediante apparecchiature radiologiche portatili e le prestazioni di laboratorio di analisi possono essere acquisite anche da strutture esterne al presidio.

Le rimanenti Strutture Residenziali Psichiatriche devono essere in possesso di quanto segue:

- Collocazione possibilmente in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia dei farmaci.
- Numero massimo di posti 20.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.
- I requisiti strutturali per l'adeguamento delle attuali strutture relativamente agli spazi comuni verranno considerati rispetto alle tipologie assistenziali e non alle loro sottospecie, ovvero le SRTR, sia intensive che estensive, e le SRSR, sia h24 che h12, ferma restando l'individuazione di nuclei operativi separati con specifico personale dedicato; in particolare si precisa che sul piano strutturale la differenziazione all'interno delle strutture terapeutico – riabilitative e all'interno delle strutture socio riabilitative può riguardare esclusivamente gli ambienti destinati a ospitare i pazienti e gli ambienti destinati a specifici trattamenti (es. colloqui, psicoterapia ecc.), mentre gli spazi per la ristorazione, tempo libero e dei servizi in generale, esclusi i servizi igienici e quelli destinati alla custodia, conservazione e somministrazione farmaci, possono essere messi in comune.

4.3.2. Requisiti Impiantistici Tecnologici

Le strutture per i **Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali** devono essere in possesso di quanto segue:

Nelle camere di ospitalità notturna, la temperatura non deve essere inferiore a 20° nella stagione invernale e non deve essere superiore a 28° nella stagione estiva con impianto di aria condizionata

L'area di ospitalità notturna dispone dei seguenti impianti:

- un impianto illuminazione di emergenza nelle camere e nei bagni;
- un impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;

Deve inoltre disporre della seguente dotazione minima strumentale:

- carrello per la gestione dell'emergenza completo di defibrillatore semiautomatico e unità di ventilazione normale;
- un armadio farmaceutico;
- carrello per la gestione terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni;

4.3.3 Requisiti Organizzativi

Deve essere assicurata:

- **Per le Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali (30 posti di ospitalità)** la dotazione minima di personale per una struttura STPIT:

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri (ulteriori)	3 ogni 30 posti letto (per garantire continuità presenza tutti i giorni) salvo la notte
Servizio di guardia	84 ore (pari a 2 unità full time) per garantire la guardia 12h notturna
Psicologi	2 ogni 30 posti letto
Infermiere coordinatore	1 a prescindere dal numero di posti letto
Infermieri	12 ogni 30 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di 2 + sostituzioni)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	2 ogni 30 posti letto
Operatori socio-sanitari	3 ogni 30 posti letto (con possibilità di copertura 24h)
Assistenti sociali	0,5 ogni 30 posti letto (18h con almeno 3 presenze settimanali)

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari intensivi (per moduli da 20 pl)

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri / Psicologi	3 ogni 20 posti letto (di cui almeno 2 psichiatri)
Infermieri	5 ogni 20 posti letto (per garantire copertura 24h e turni di notte)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	2 ogni 20 posti letto
Operatori socio-sanitari	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)

Le unità di personale sono considerate a tempo pieno ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.

Le presenze di cui sopra possono variare nelle varie fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello terapeutico indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, ferma restando la reperibilità notturna e festiva dello psichiatra ed eventualmente in ogni turno non coperto dallo psichiatra.

I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per trattamenti comunitari estensivi (per moduli da 20 pl):

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri / Psicologi	2 ogni 20 posti letto
Infermieri	2 ogni 20 posti letto
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Operatori socio-sanitari	6 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)

Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.

Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione

I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Strutture residenziali socio-riabilitative ad elevata intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
----------------------------------	---

Medici psichiatri / Psicologi	1 ogni 20 posti letto
Infermieri	1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Operatori socio-sanitari	5 ogni 20 posti letto (per garantire anche turni di notte)
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 3 presenze settimanali)

Le unità di personale sono considerate a tempo pieno, ferma restando la possibilità di utilizzare più unità della stessa qualifica professionale per un tempo complessivo equivalente.

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata i sensi della vigente normativa.

I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Strutture residenziali socio-riabilitative a media intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 20 pl)

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Medici psichiatri / Psicologi	1 ogni 20 posti letto
Infermieri	1 ogni 20 posti letto (36h con orario ripartito a fasce orarie diurne per 7g/sett.)
Terapisti / Educatori professionali / Tecnici di Psicologia	3 ogni 20 posti letto
Operatori socio-sanitari	3 ogni 20 posti letto
Assistenti sociali	0,3 ogni 20 posti letto (12h con almeno 2 presenze settimanali)

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Ogni struttura deve mantenere un registro informatizzato, con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

I servizi di supporto sono ricompresi nei costi generali.

Strutture residenziali socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale socio sanitaria (per moduli da 10 pl)

Per le strutture autorizzate per meno di 20 pl le figure professionali saranno ridotte in proporzione oraria.

Medici psichiatri (responsabili)	1 a prescindere dal numero di posti letto
Infermieri	1 ogni 10 posti letto (a tempo parziale 18h/sett.)
Terapisti / Educatori professionali	1 ogni 10 posti letto ***
/ Tecnici di Psicologia	
Operatori socio-sanitari	1 ogni 10 posti letto

*** possono essere sostituiti con le seguenti figure professionali: tecnici dello sport, diplomati in corsi post secondari di musicoterapia, diplomati in maestro d'arte presso istituto superiore artistico, diplomati in accademia d'arte drammatica.

Le presenze di cui sopra possono variare nelle fasce di professionalità o specializzazioni a seconda del modello riabilitativo indicato nella richiesta di autorizzazione, purché per ogni singola categoria siano rispettati i numeri minimi, le qualifiche non siano di livello inferiore a quelle previste per la categoria.

Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali di cui ai punti b), c) e d) saranno ridotte in proporzione oraria.

4.4. CENTRI DIURNI PSICHIATRICI E DAY HOSPITAL PSICHIATRICI

Finalità e destinatari

I Centri diurni ed i Day Hospital psichiatrici sono individuati così come di seguito riportato:

- **il Day Hospital (D.H.).** E' una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero funzionalmente collegata alle strutture mediche e chirurgiche dell'ospedale nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati e coordinati dal C.S.M..

Ha la funzione di affrontare le situazioni sub-acute emergenti, con finalità diagnostiche, di prevenzione al ricovero, di trattamento precoce e di avvio o di recupero del progetto terapeutico. La sua configurazione strutturale dovrà prevedere la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici individuali e di gruppo.

Il D.H. è una struttura in cui possono essere ottimizzate procedure di osservazione di pazienti psichiatrici con finalità diagnostiche sia in senso descrittivo che in senso psicologico-clinico. Ciò può determinarsi attraverso un'attività psicodiagnostica e sistematiche procedure protocollate di valutazione delle risorse psichiche delle difettualità in ordine alla messa a punto di programmi terapeutico-riabilitativi.

Il D.H. costituisce pertanto un prototipo di struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente, secondo i programmi del C.S.M..

- **il Centro Diurno (C.D.).** E' una struttura intermedia con funzioni socio-sanitarie (socio-terapeutiche e socio-riabilitative) in cui si erogano prestazioni e attività destinate a quegli utenti che, pur trovandosi in situazioni gravi e con bisogni di trattamenti socio-sanitari tesi a ridurre tendenze passivizzate, necessitano di mantenere un legame forte con il contesto di vita familiare e/o sociale. Il CD è pertanto una struttura funzionale al progetto terapeutico e all'inserimento sociale, sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti a lungo termine; svolge una funzione di intermediario tra il ricovero e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e la delega alla famiglia o al contesto sociale di appartenenza.

Il CD si rivolge a:

- a) utenti in situazioni critiche e/o in dimissione dal S.P.D.C. o dalle case di cura neuropsichiatriche accreditate;
- b) utenti inviati per l'osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;
- c) utenti che necessitano di interventi favorenti il recupero di aspetti comunicativi e relazionali;
- d) utenti che possono giovare di interventi mirati all'apprendimento di attività pre-formative e pre-lavorative in un contesto protetto."

Il Centro Diurno svolge, sulla base del progetto personalizzato concordato con l'équipe inviante, attività socio-riabilitative e socio-terapeutiche, attività espressive, attività per favorire l'acquisizione di livelli di autonomia, attività di integrazione sociale, attività di promozione e attuazione di formazione e aggiornamento professionale."

4.4.1. Requisiti Strutturali del centro diurno

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni.
- Locali per colloqui/visite psichiatriche.
- Collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

4.4.2. Requisiti Organizzativi del centro diurno

Le risorse di personale sono definite in relazione alla popolazione servita, fermi restando i requisiti minimi previsti dal DPR 14.01.97. In particolare:

- apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni a seconda della tipologia di CD;
- presenza di psicologi e/o psichiatri, programmata o per fasce orarie;
- presenza di educatori professionali, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio-sanitari, infermieri, operatori sociali e istruttori per attività specifiche, a seconda delle attività previste dal CD e alla sua eventuale collocazione in presidi con altre strutture del DSM o presidi sanitari polifunzionali;
- collegamento funzionale con le altre strutture territoriali e ospedaliere del DSM, per garantire la continuità terapeutica.

4.4.3. Requisiti Strutturali del Day Hospital Psichiatrico

- La tipologia del Day Hospital deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- Locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

4.4.4. Requisiti Organizzativi del Day Hospital Psichiatrico

- Apertura non inferiore a 36 ore settimanali da suddividere in 5 o 6 giorni
- Di norma ubicato in presidi ospedalieri, garantendo comunque il riconoscimento formale dei posti letto equivalenti, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.
- Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994.
- La dotazione minima di personale per un D.H. con 2 posti letto è di 1 psichiatra, 1 psicologo, 2 infermieri. Le dotazioni strutturali e di personale del D.H. possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal D.H. in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza.

4.5. CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Finalità e destinatari

E' un servizio di tipo residenziale e domiciliare per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, in special modo, per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

La capacità recettiva all'interno della struttura residenziale non deve essere superiore a 30 posti, suddivisi in nuclei da 9 a 18.

4.5.1. Requisiti Strutturali

Area destinata alla residenzialità

- La struttura deve essere ubicata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici.
- Ogni nucleo è dotato di camere singole, con superficie tra i 9 ed i 14 mq.
- La camera, dotata di adeguati arredi e di servizio igienico, deve consentire la permanenza (notturna) di un accompagnatore e lo svolgimento di interventi medici.

Per ogni nucleo, devono essere presenti:

- una tisaneria/cucina;
- un deposito biancheria pulita;
- un deposito attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, anche internucleo;
- un deposito biancheria sporca con vuotatoio;
- un ambulatorio mediche;
- un soggiorno polivalente ovvero spazi equivalenti anche in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura);
- una postazione per il personale di assistenza in posizione idonea;
- servizi igienici per il personale.

Devono essere, inoltre, previsti:

- un locale vuotatoio e lavapadelle;
- un bagno assistito, anche internucleo.

Area destinata alla valutazione e alla terapia

Sono presenti:

- un locale ed attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente;
- un locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali anche in comune per più moduli ubicati orizzontalmente (solo in caso tale funzione venga svolta direttamente nell'Hospice);
- un locale per colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale etc.).

Area generale di supporto

Devono essere presenti:

- un ingresso con portineria, telefono, spazio per le relazioni con il pubblico e spazio archivio;
- uno spogliatoio del personale con servizi igienici;
- uno spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario;
- un locale per riunioni d'equipe;
- servizi per l'assistenza religiosa e relativi locali;
- un locale cucina;
- un locale dispensa;
- un locale lavanderia/stireria.

Qualora i servizi siano dati in appalto, non sono necessari i predetti locali; in tal caso deve esserci un locale per lo stoccaggio.

Qualora l'hospice sia collocato nell'ambito di complessi sanitari o socio-sanitari polifunzionali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune, quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto. In tal caso, gli spazi in comune devono essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

Qualora l'hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, sono richiesti:

- una camera mortuaria (una ogni 10 posti letto);
- uno spazio per i dolenti;
- una sala per il culto;
- un locale per uso amministrativo;

- un magazzino.

4.5.2. Requisiti Tecnologici

Devono essere presenti:

- un impianto di gas medicali (ossigeno e aspirazione);
- un carrello per la gestione delle emergenze e relativi farmaci;
- un elettrocardiografo.

4.5.3. Requisiti Organizzativi

- E' permessa la personalizzazione delle stanze.
- Deve essere individuato un responsabile clinico della struttura (Hospice).
- Il Responsabile sanitario della struttura Hospice deve essere un medico con comprovata esperienza in materia di "Medicina Palliativa" e "Terapia del dolore".
- In particolare sono richiesti tre anni di servizio presso strutture pubbliche ovvero cinque presso strutture private accreditate, eroganti assistenza in favore di pazienti oncologici in fase terminale.
- E' garantito un servizio di guardia medica H24.
- L'equipe multiprofessionale è costituita da:
 - medici
 - psicologi
 - infermieri
 - operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori sociosanitari
 - terapisti della riabilitazione
 - assistenti sociali
 - altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche.
- Il personale della struttura deve essere articolato, in funzione dei pazienti in carico, secondo i rapporti di seguito riportati:
 - 1/12 (personale medico)
 - 1/6 (personale infermieristico)
 - 1/10 (O.S.S.)

- Per ogni singolo paziente deve essere redatto un progetto assistenziale, con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle condizioni cliniche, da parte dell'équipe multiprofessionale.
- La Direzione promuove la personalizzazione dell'assistenza anche mediante riunioni periodiche di équipe finalizzate alla definizione, alla verifica ed alla rimodulazione del piano terapeutico.
- Deve essere assicurata la continuità assistenziale con l'assistenza domiciliare prevedendo per ogni posto residenziale quattro posti cura domiciliari e comunque secondo la normativa vigente.
- Deve essere promossa la collaborazione con le associazioni di volontariato.
- Deve essere assicurata l'assistenza spirituale nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.
- Il Centro garantisce adeguato sostegno spirituale ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza degli interessati.
- Il Centro garantisce, attraverso l'utilizzazione di risorse esterne, adeguata assistenza psicologica ai pazienti ed ai relativi familiari, sia nella fase antecedente al decesso che in quella di elaborazione del lutto, nonché al personale in forza alla struttura stessa.
- Il Centro garantisce al paziente adeguata assistenza fisioterapica.

4.6. CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E/O AIDS

Finalità e destinatari

"La Casa Alloggio per persone affette da malattie da HIV/AIDS è una residenza collettiva ad elevata integrazione socio/sanitaria per l'assistenza in fase estensiva e di lungo assistenza che prevede la presa in carico globale della persona con HIV/AIDS, e che assicura, nell'ambito di una continuità assistenziale, successiva al ricovero ospedaliero o all'invio dei servizi socio/sanitari, anche funzioni educativo/assistenziali oltre che di trattamento a domicilio".

4.6.1. Requisiti Strutturali

La Casa Alloggio dispone di minimo 6 (sei) e massimo 10 (dieci) posti letto per gli ospiti.

La Casa Alloggio è dotata:

- di locale ad uso infermeria con adeguata attrezzatura funzionante, conforme alla normativa vigente, e in numero sufficiente alle necessità del servizio, composta da: armadio farmaceutico; strumentazione per l'attività ambulatoriale di medicina di base; un porta rifiuti per materiale infetto (rifiuti speciali); schedario con chiave per la custodia delle cartelle o dell'altra modulistica adottata per la registrazione delle prestazioni;
- di camere per gli ospiti adeguatamente attrezzate (dotazione minima per ospite: letto; comodino; armadio; campanello di chiamata);
- di bagni accessibili alle persone disabili attrezzati con vasca;
- di locali ad uso comune (dotazione minima: locale esclusivamente adibito ai pasti; spazio soggiorno/locale polifunzionale; locale per colloqui riservati);
- di cucina di tipo domestico, comunque attrezzata per preparare tre pasti giornalieri con piatti caldi, con locale dispensa attrezzato per la corretta conservazione dei cibi;
- di lavanderia/stireria/guardaroba di tipo domestico comunque attrezzata per soddisfare il fabbisogno di ogni ospite (dotazione minima: annesso deposito di biancheria sporca e per il materiale di consumo opportunamente areato);
- di un servizio per l'accompagnamento degli ospiti (valore soglia: una vettura funzionante).

4.6.2. Requisiti Organizzativi

Il personale è in numero sufficiente per i carichi di lavoro relativi all'attività prevista.

Dotazione minima: 1 coordinatore organizzativo; 1 medico con esperienza documentata nel campo dell'AIDS; 1 infermiere ogni 3 ospiti; 1 operatore tecnico dell'assistenza (o analogo) ogni 2 ospiti; 1 psicologo; 1 assistente sociale; 1 cuoco; 1 addetto alle pulizie.

E' garantito il funzionamento della Casa Alloggio H24 per sette giorni la settimana.

La direzione della Casa Alloggio fa capo al coordinatore organizzativo con documentata formazione specifica e/o esperienza nel medesimo ambito e al responsabile delle attività sanitarie con specifiche caratteristiche: medico specialista in materie infettive o con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

E' identificato il coordinatore per gli aspetti psicologici a sostegno degli ospiti e degli operatori. Caratteristiche: psicologo con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

E' identificato il coordinatore per gli aspetti sociali nel rapporto con gli ospiti ed i loro familiari.

Caratteristiche: assistente sociale con esperienza documentata nel campo dell'AIDS.

Sono effettuate revisioni periodiche di coordinamento delle attività sanitarie, sociali ed organizzative.

Va definito un documento in cui siano presenti le attribuzioni delle specifiche funzioni/attività effettivamente svolte da ciascuna figura professionale, comprese quelle relative ai casi di emergenza o ad eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Tutti gli operatori dispongono di copertura assicurativa.

Esistono procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza delle persone HIV positive e la gestione delle esposizioni.

Le procedure prevedono la redazione di un manuale ad uso degli operatori e volontari in cui sono elencati i rischi più frequenti e la corretta modalità per evitare incidenti.

Esistono procedure scritte per la formazione del personale sull'individuazione, la segnalazione, la prevenzione e la gestione dei rischi più frequenti e importanti.

Le procedure prevedono la programmazione di un ciclo di aggiornamento specifico del personale.

Vengono forniti i mezzi necessari alla prevenzione di tali rischi.

Esistono documenti di servizio (contratti) concordati con i servizi competenti circa lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Sono documentate pratiche uniformi e procedure o linee - guida scritte per quanto riguarda le modalità di presa in carico dei pazienti.

E' garantita la presa in carico entro 15 giorni dall'autorizzazione del Centro Coordinamento Trattamento a Domicilio (C.C.T.A.D.).

Per ciascun ospite viene formulato ed è documentato il Piano di assistenza individualizzato.

Il Piano individualizzato contiene: interventi assistenziali programmati; indicazione dei responsabili di tali interventi; obiettivi misurabili con le scadenze di verifica ed è concordato dall'unità valutativa della Casa Alloggio con il centro referente di malattie infettive.

Per ciascun ospite viene formulata ed è documentata la presenza della cartella personale.

Sono documentati gli incontri periodici tra le diverse figure professionali della Casa Alloggio per promuovere l'integrazione e la continuità assistenziale.

Esistono evidenze e documentazioni:

- di pratiche uniformi e procedure scritte di collaborazione con i Centri o Servizi di diagnostica di laboratorio e di radiodiagnostica situati nel territorio;
- relative all'accesso dei pazienti agli altri servizi sanitari e sociali di cui necessitano.

Sono documentate:

- pratiche uniformi e procedure con cui gli ospiti ricevono informazioni chiare e complete sulla natura del loro disturbo, sul trattamento proposto, sugli eventuali effetti collaterali dei farmaci, sul decorso del disturbo;
- pratiche uniformi e procedure per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non infermieristico;
- pratiche uniformi e procedure per la cura delle persone allettate.

Le procedure prevedono: cicli di aggiornamento specifico degli operatori.

4.7. STRUTTURE PER LA CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA

Finalità

Premesso quanto già evidenziato all'interno delle “*finalità generali*” di cui al punto 3.6., si riportano di seguito i requisiti relativi alle strutture residenziali e semiresidenziali per la cura e la riabilitazione delle persone in stato di dipendenza.

4.7.1. STRUTTURE RESIDENZIALI

4.7.1.1. Requisiti Strutturali

Le strutture residenziali possono avere una diversa capacità recettiva:

- fino a otto posti (in tal caso devono essere soddisfatti i requisiti previsti per le civili abitazioni);
- da otto a trenta posti;
- oltre trenta posti.

Le strutture residenziali con oltre i trenta posti devono essere organizzate in moduli.

Ogni modulo per un massimo di trenta posti deve essere dotato di:

- camere da letto con un massimo di n.6 posti/utente (devono essere garantiti 6 mq a posto, bagno escluso);
- locali e servizi igienici completi (almeno 1 ogni 6 utenti);
- per le nuove strutture, locali e servizi igienici completi (almeno 1 ogni 4 utenti);
- locali per pranzo e soggiorno.

Ogni struttura deve essere dotata di:

- locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori;
- ambulatorio (ove eventualmente somministrare la terapia farmacologica, se prevista dal programma);
- locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo;

- spazio per le riunioni;
- uno spazio per l'archivio;
- locali per cucina e dispensa;
- lavanderia e guardaroba;
- spazio per il personale.

Nel caso sia prevista la presenza di minori in trattamento, qualora non presente il gruppo familiare la struttura deve garantire la disponibilità di camere da letto e locali ad essi dedicati.

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

4.7.1.2. Requisiti Tecnologici

Deve essere presente un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

4.7.1.3. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbidità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;
- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

4.7.2. STRUTTURE SEMI RESIDENZIALI

Le strutture semiresidenziali possono avere una diversa capacità recettiva:

- fino a otto posti (in tal caso devono essere soddisfatti i requisiti previsti per le civili abitazioni);
- da otto a trenta posti;
- oltre trenta posti.

4.7.2.1. Requisiti Strutturali

- Locale per l'accoglienza utenti ed informazioni.
- Locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori.
- Ambulatorio (ove eventualmente somministrare la terapia farmacologica, se prevista dal programma).
- Locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.
- Un locale per le riunioni.
- Uno spazio per l'archivio.
- Locali per cucina e dispensa.
- spazio per il personale.
- Servizi igienici per utenti e operatori.

In caso di ospitalità notturna devono essere previste camere da letto con un massimo di n.6 posti/utente (devono essere garantiti 6 mq a posto, bagno escluso).

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

All'interno di strutture semiresidenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

4.7.2.2. Requisiti Tecnologici

Sono presenti un frigorifero, ove sia prevista la terapia farmacologica, ed una cassaforte.

Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche, fax, e dotazioni informatiche (hardware, software e collegamenti in rete).

4.7.2.3. Requisiti Organizzativi

E' individuato un responsabile in possesso di Diploma di Laurea coerente con la tipologia d'intervento.

Il Responsabile garantisce un impegno di servizio per almeno 36 ore settimanali.

Il Responsabile non può essere sostituito, salvo gravi e documentati motivi, per almeno dodici mesi dalla designazione. In ogni caso deve essere previsto un sostituto della medesima qualificazione professionale, eventualmente appartenente ad altro servizio della medesima regione.

La documentazione relativa alla tipologia d'intervento deve contenere: principi, modelli teorici di riferimento, definizione del target, definizione degli obiettivi, definizione della azioni/prestazioni, definizione delle fasi e dei tempi, esplicitazione delle risorse umane impiegati e dei metodi di supervisione utilizzati, definizione degli strumenti di monitoraggio, definizione degli strumenti di valutazione.

Il Responsabile è affiancato da ulteriori operatori, in possesso di idonei titoli e requisiti professionali per un numero complessivo di personale non inferiore ad una unità ogni dieci utenti.

Per ciascuna tipologia d'intervento è prevista la dotazione di personale minima sottoindicata:

- per gli interventi pedagogico riabilitativi integrati: n.1 operatore qualificato (laurea di I livello) e n.1 operatore di supporto;
- per gli interventi terapeutico riabilitativi integrati: n.1 psicologo, n.1 assistente sociale in maniera coerente con la tipologia d'intervento, n.1 educatore professionale o figura equipollente, n.1 medico (in caso di comorbidità psichiatrica il medico può essere sostituito da n.1 psichiatra), n.1 infermiere in coerenza con l'intervento previsto (in caso di somministrazione farmacologica).

Fino a due unità di personale (escluso il responsabile), deve essere instaurato rapporto di lavoro per 18 ore settimanali ciascuno, per le ulteriori unità può essere previsto il tempo parziale purché assicurato il monte ore complessivo necessario.

In ogni caso deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività.

Le ONLUS possono avere fino al 25% della dotazione minima di personale in formazione.

Deve essere:

- garantita la formazione degli operatori tramite riunioni di équipe ed aggiornamento periodico;

- utilizzata una cartella individuale che contenga i dati relativi al paziente (dati anagrafici, data inizio programma, operatori di riferimento, diagnosi), gli strumenti di valutazione utilizzati, il piano di trattamento con aggiornamenti, le prestazioni erogate, le verifiche, i risultati raggiunti e motivazione della chiusura del programma;
- assicurato un sistema di archiviazione, secondo la normativa vigente;
- adottato un regolamento interno contenente: diritti e obblighi degli utenti, norme regole di comportamento e di vita comunitaria, impiego degli utenti nelle attività di vita comunitaria.

Devono essere:

- adottati documenti di registrazione delle attività nonché di registrazione giornaliera di utenti;
- programmate ed effettuate regolarmente riunioni di équipe e aggiornamento periodico.

E' previsto il possesso di specifica documentazione relativa alla copertura assicurativa di rischio, infortunio e danno provocato o subito da operatori, volontari, tirocinanti e utenti.

All'interno di strutture residenziali può essere collocata la sede operativa per l'attività domiciliare.

Le strutture semi residenziali devono essere aperte per almeno n.40 ore settimanali.

4.8. OSPEDALE DI COMUNITA'

Finalità

L' Ospedale di comunità è una struttura sanitaria extraospedaliera che offre una residenzialità temporanea, di norma per un massimo trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.

L'Ospedale di comunità assicura interventi sanitari caratterizzati da un medio livello di medicalizzazione (assistenza medica assicurata dal Medico di M.G.), ma contemporaneamente di livello medio-alto per gli aspetti di nursing e riabilitativi, finalizzati al mantenimento ovvero al recupero dell'autonomia (rimobilizzazione, prevenzione ovvero trattamento precoce delle lesioni da decubito, riabilitazione dell'apparato urinario dopo cateterizzazione etc.) nonché alla cura della persona.

Destinatari

Nell'ospedale di comunità sono accolti pazienti con patologie di grado lieve-medio, di norma appartenenti all'area della senescenza e della disabilità, non assistibili a domicilio, in particolari momenti di acuzie al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, ovvero nel periodo di immediata post-acuzie per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

Detta tipologia assistenziale deve derivare dalla riconversione di strutture ospedaliere di piccole dimensioni ovvero da strutture sanitarie o sociosanitarie funzionanti pubbliche o private accreditate.

4.8.1. Requisiti Strutturali Generali

L'Ospedale di Comunità può costituire presidio autonomo se derivato dalla riconversione di una struttura ospedaliera ovvero unità operativa all'interno di un presidio ospedaliero ovvero inserito in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.1 ed i servizi di supporto di cui ai punti 1.12., 1.13., 1.14., 1.15., 1.16..

La capacità recettiva minima è di 10 posti e massima di 40 organizzati in nuclei da dieci a venti posti.

Le camere possono essere da 1, 2, 3, 4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine.

I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti).

Per gli aspetti dimensionali si fa riferimento all'allegato A, criterio n. 10, del D.P.C.M. 22.12.1989.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche.

Deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

Devono essere previsti spazi di soggiorno e svago per uso esclusivo dei pazienti e dei familiari proporzionati al numero degli stessi.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale possono essere acquisite dalla struttura in cui è collocato l'Ospedale di comunità ovvero da presidi esterni.

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

4.8.2. Requisiti Tecnologici Generali

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In relazione alla tipologia delle persone assistite devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte al svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;

- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

4.8.3. Requisiti Organizzativi Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.2.

Deve essere individuato un responsabile Medico, di norma, con documentata attività di servizio per almeno dieci anni nel settore delle cure primarie.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie il responsabile medico assume anche le competenze igienico-organizzative.

L'assistenza medica viene assicurata dai Medici di Medicina Generale con i quali devono essere stipulati appositi accordi a livello regionale ed aziendale.

Le prestazioni specialistiche, farmaceutiche e protesiche sono assicurate dal S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, attraverso i competenti servizi distrettuali ed aziendali.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- infermiere dirigente;
- infermieri (rapporto uno a quattro e comunque almeno uno per turno);
- tecnici della riabilitazione (terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti, etc.) (rapporto uno a dieci);
- O.S.S. (rapporto di uno a tre);
- assistente sociale (anche non dedicata);
- medici specialisti a consulenza.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve esistere un regolamento interno che individua i destinatari degli interventi e le patologie trattabili, i requisiti e criteri per l'accesso dei pazienti, le condizioni di esclusione, le modalità di erogazione dell'assistenza ed i tempi massimi di trattamento nonché le funzioni e i compiti dei diversi operatori.

Devono esistere procedure formalizzate per assicurare l'appropriatezza dell'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare sia l'accesso dal domicilio sia la continuità assistenziale dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione al programma assistenziale nonché l'eventuale continuazione dello stesso al domicilio.

4.9. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO (C.D.T. PER L'ETÀ PRE-SCOLARE) dei Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva (TSMREE)

Finalità e Destinatari

Il C.D.T. per l'età prescolare accoglie soggetti in età evolutiva (3–6 anni) con Disturbi di Sviluppo. Il C.D.T. per l'età prescolare è una struttura intermedia che svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese alla individuazione dei nuclei patogenetici cruciali nelle diverse fasi di sviluppo e ad intervenire anche sugli aspetti relazionali del disturbo, integrando interventi psicologici, riabilitativi, educativi e sociali. Svolge, inoltre, una azione di *counseling* alle strutture educative/scolastiche.

Le attività svolte nel Centro Diurno Terapeutico sono:

- attività terapeutiche e/o riabilitative individuali e/o di gruppo
- gruppi terapeutici e/o counseling per i genitori
- counseling alle strutture educative e scolastiche

4.9.1. Requisiti strutturali

Devono essere previsti:

- Locale/i per attività di piccolo gruppo, con arredi ed attrezzature adeguate all'età e alle attività previste
- Locale per visite /colloqui/gruppi con i genitori
- Servizi igienici distinti per operatori ed utenti (adeguati all'età)
- Collocazione nel contesto residenziale urbano con eventuali spazi verdi e caratteristiche di facile accessibilità
- E' opportuna la collocazione del CDT in struttura che ospiti anche il polo territoriale TSMREE
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita

4.9.2. Requisiti Organizzativi

Il personale dedicato al CDT in età prescolare fa parte dell'organico del polo territoriale TSMREE. La dotazione di personale è programmata in relazione al bacino di utenza ed al numero di soggetti trattati e in particolare:

- apertura flessibile in relazione alle esigenze terapeutiche, per almeno cinque giorni alla settimana per sei ore;
- è prevista la presenza di almeno un medico specialista in neuropsichiatria infantile e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura

- un medico specialista in neuropsichiatria infantile con funzione di responsabile per gli aspetti igienico-sanitari
- E' prevista la presenza di personale dell'equipe multidisciplinare del polo territoriale TSMREE composta da educatori professionali, assistenti sociali, tecnici della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, personale di assistenza, articolata secondo la patologia e i bisogni psicologici e assistenziali degli ospiti e in relazione alle attività previste.

Il progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, definito nel tempo, è elaborato dall'équipe del CDT e concordato con il TSMREE territoriale di residenza dell'utente.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore.

La struttura è in collegamento funzionale con il Servizio TSMREE territoriale del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e con i pediatri di libera scelta, con asili-nido e scuole frequentate dai bambini, con i servizi socio-educativi comunali e del terzo settore per garantire la continuità terapeutica ed assistenziale.

4.10. CENTRO DIURNO TERAPEUTICO ETA' ADOLESCENZIALE C.D.T. Adolescenti

Definizione

Finalità e Destinatari

L'utenza è costituita da soggetti in età evolutiva (12-17 anni) – anche sottoposti a provvedimenti giudiziari – con disturbo psicopatologico, primario o secondario a grave disagio socio familiare, disabilità cognitive/neuropsicologiche, in fase di post acuzie o in condizioni di crisi che pregiudichi o abbia già pregiudicato l'inserimento nel contesto familiare e/o educativo / formativo, sociale.

Il C.D.T. si configura come uno spazio in cui l'équipe operante, oltre a fornire interventi terapeutici, socio-riabilitativi e farmacologici, con garanzie di monitoraggio e verifica, attiva strumenti terapeutici alternativi adeguati alle esigenze specifiche della fascia di età (ateliers terapeutici, terapie di gruppo, ecc.).

Sono garantiti inoltre specifici interventi terapeutici e di sostegno per i genitori, nonché di integrazione socio-educativa.

L'accesso alla struttura è autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente.

I progetti terapeutici-riabilitativi, elaborati dall'équipe del CDT, sono concordati con il TSMREE territoriale di residenza dell'utente e hanno, di norma, una durata di 2-3 anni.

4.10.1. Requisiti strutturali

- Locali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste nel Centro Diurno, senza altre particolari connotazioni.
- Locali per colloqui/psicoterapie/visite psichiatriche.
- Collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.
- Numero complessivo dei locali e spazi in relazione alla popolazione servita.
- Spazi di soggiorno-relax con angolo cottura.
- Servizi igienici distinti per operatori ed utenti (e adeguati all'età).

4.10.2. Requisiti organizzativi

Numero massimo dei posti 12.

Presenza di personale di equipe multidisciplinare di assistenza con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da:

- medico specialista in neuropsichiatria infantile con funzione di responsabile per gli aspetti igienico - sanitari
- psicologo
- infermiere
- assistente sociale
- tecnici della riabilitazione
- educatore professionale/tecnici di psicologia
- personale di assistenza in relazione alle attività previste
- istruttori per attività specifiche

E' prevista la presenza di almeno un medico specialista in neuropsichiatria infantile e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura.

La presenza dei tecnici della riabilitazione/educatori può essere articolata e variare nelle varie fasce di professionalità a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

Deve essere formalizzato un progetto generale di struttura.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore.

Aperta minimo 6 ore al giorno nella fascia 8/19, per un minimo di 5 giorni alla settimana. Il periodo di chiusura programmata non può superare le due settimane consecutive.

La struttura è in collegamento funzionale con il TSMREE territoriale del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e con le strutture per l'urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva, con i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale, i DSM, con i servizi socio-educativi comunali e del terzo settore per garantire la continuità terapeutica ed assistenziale.

4.11. STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI - S.R.T.R.

Adolescenti per trattamenti comunitari intensivi e per trattamenti comunitari estensivi

Definizione

La S.R.T.R. per Adolescenti è una struttura sanitaria di tipo comunitario per il trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale - di adolescenti (12/17 anni) – anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari –, agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero ospedaliero e che hanno bisogno di effettuare un percorso terapeutico e riabilitativo attraverso una presa in carico residenziale ed un periodo di separazione dall'abituale contesto di vita.

Finalità e Destinatari

La S.R.T.R. - Adolescenti quale mediatore della relazione terapeutica, ha la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie attraverso la messa in atto di un trattamento complesso multifattoriale e multidisciplinare di tipo evolutivo/trasformativo. Tale Struttura è adatta per quei pazienti che necessitano di uno spazio e di un tempo necessari sia per riavviare processi evolutivi interrotti, sia per effettuare una valutazione dei disturbi di personalità, sia per risolvere problemi legati alla propria identità, ad atteggiamenti auto ed etero aggressivi e per sperimentare nuove relazioni significative con lo scopo di raggiungere un adeguato recupero funzionale ed un reinserimento nella rete sociale possibilmente nel proprio contesto di appartenenza.

Le S.R.T.R. Adolescenti, che garantiscono un'assistenza 24 ore/24, si suddividono in:

- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:** strutture per pazienti minori con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, compresi quelli che necessitano di una fase di valutazione psicodiagnostica e multidisciplinare a seguito di una richiesta del magistrato, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni;
- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:** strutture per pazienti minori con disturbi in fase di sub-acuzie, nonché provenienti dal circuito penale, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni (eventualmente prolungabile per permettere il completamento di processi in corso) e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (Casa Famiglia, Gruppo Appartamento, ecc.).

L'accesso alla struttura è autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente.

Si prevede, d'intesa con il Servizio TSMREE, la possibilità di prolungare la permanenza presso la struttura anche oltre il compimento del 18° anno di età, al fine di assicurare il perseguimento di obiettivi terapeutici-riabilitativi.

Devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il minore. Agli ospiti devono essere garantiti inoltre: un ambiente familiare per orari e ritmi di vita, la continuità dei rapporti familiari e/o sociali fatte salve giustificate indicazioni cliniche contrarie, la partecipazione ad attività socio-culturali, sportive e di socializzazione interne ed esterne alla struttura, la mobilità.

4.11.1. Requisiti Strutturali

Specifici S.R.T.R. Adolescenti intensive numero massimo posti letto: 10

Specifici S.R.T.R. Adolescenti estensive numero massimo posti letto: 20

Tutte le Strutture Residenziali devono essere in possesso di quanto segue:

- Collocazione in normale contesto residenziale urbano e/o facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, in modo da agevolare i processi di socializzazione.
- Numero complessivo di locali e spazi in relazione alla popolazione assistita, con possibilità di spazi collettivi con funzioni polivalenti, fatto salvo lo spazio dedicato alla custodia dei farmaci.
- Per le strutture fino a 10 posti di ospitalità, caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantiscano sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.
- Per le strutture oltre i 10 posti di ospitalità, i requisiti di cui all'all. "A" del D.P.C.M. 22 dicembre 1989, limitatamente ai criteri n.5, n.7, n.9, lettere a) e b), lettera f) in relazione alle dimensioni della struttura, e n.10. Per le aree di attività e di servizio di cui alla lettera c) punto 10, possono essere computate aree esterne attrezzate per finalità terapeutico-riabilitative sino al 30% del computo complessivo. Possono essere concesse deroghe relativamente al servizio di preparazione dei pasti e di ristorazione interna per gli ospiti, se l'attività rientra nei programmi riabilitativi e condotta a dimensione familiare.

4.11.2. Requisiti Organizzativi

Assistenza continuativa agli utenti ospitati nelle 24 h con presenza di personale di equipe multidisciplinare con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva composta da:

- medico specialista in neuropsichiatria infantile con funzione di responsabile per gli aspetti igienico - sanitari
- psicologo clinico
- assistente sociale
- educatore professionale
- infermiere professionale
- operatore socio-sanitario
- istruttori per attività specifiche

Le presenze del medico specialista, dello psicologo possono essere articolate e variare a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

La struttura è in collegamento funzionale con il Servizio T.S.M.R.E.E. territoriale del distretto socio-sanitario di pertinenza per la presa in carico e con le strutture per l'urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva, il Dipartimento di Salute Mentale, con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale, con gli istituti scolastici, con i servizi socio-educativi comunali e del terzo settore per garantire la continuità terapeutica ed assistenziale.

Deve essere assicurata:

- Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi, la presenza di personale di assistenza - con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva - nelle 24 ore, così come di seguito riportato:

- a) 1 medico specialista in neuropsichiatria infantile responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari;
- b) 2 medici specialisti in neuropsichiatria infantile;
- c) 1 psicologo
- d) 5 infermieri professionali (per garantire la copertura sulle 24 ore e turni di notte)
- e) 3 terapisti/educatori professionali/tecnici di psicologia
- f) 5 OSS (per garantire la copertura sulle 24 ore e turni di notte)
- g) 1 assistente sociale (con almeno 18 ore e 3 presenze settimanali).
- h) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Per le strutture autorizzate per meno di 10 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione, fermo restando la reperibilità notturna e festiva del neuropsichiatra infantile ed eventualmente in ogni turno non coperto dal neuropsichiatra infantile.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

- Per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi, la presenza di personale di assistenza - con specifica competenza nell'area dell'età evolutiva - nelle 24 ore, così come di seguito riportato:

- a) 1 medico specialista in neuropsichiatria infantile responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico-sanitari;
- b) 2 medici specialisti in neuropsichiatria infantile/psicologi
- d) 2 infermieri professionali
- e) 5 terapisti/educatori professionali/tecnici di psicologia (per garantire anche turni di notte)
- f) 6 OSS (per garantire anche turni di notte)
- g) 1 assistente sociale (con almeno 24 ore e 4 presenze settimanali)
- h) figure professionali per le funzioni ausiliarie e amministrative per un totale di 24 ore a settimana (ausiliari, addetti alla cucina, economi del programma, ecc.).

Per le strutture autorizzate per meno di 20 posti le figure professionali saranno ridotte in proporzione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della vigente normativa.

4.12. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Finalità e Destinatari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta*. La struttura residenziale è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma terapeutico-riabilitativo psiconutrizionale indispensabile quando si determinano le seguenti condizioni:

- gravità del quadro clinico internistico e/o psicologico, tale da richiedere lo svolgimento del programma di trattamento in un ambiente protetto;
- inefficacia del programma ambulatoriale, per alte interferenze ambientali;
- condizioni familiari e/o di contesto non adeguate alla gestione del paziente a casa.

La struttura costituisce inoltre un'efficace alternativa alla degenza ospedaliera acuta e/o al ricovero in ambito psichiatrico.

Pertanto, sulla base delle indicazioni al trattamento residenziale e dei conseguenti criteri di accesso, i pazienti con DCA ammessi al trattamento residenziale devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Assenza di grave comorbidità psichiatrica in asse I del DSM IV/R;
- Assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi);
- Condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione;
- Accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni. Qualora non fosse possibile mantenere tale impegno da parte del paziente dopo 1 mese dal suo ingresso, il trattamento viene interrotto.

La durata dell'ospitalità residenziale varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire un recupero ponderale e/o di compenso dell'equilibrio comportamentale che possa essere accettato dalla paziente.

Gli *obiettivi specifici dell'intervento terapeutico* sono:

- a. la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso;
- b. il miglioramento delle condizioni cliniche generali;
- c. il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia ad esso associata.

Il trattamento residenziale è altamente strutturato con attività quotidiane settimanalmente programmate e prevede un *programma riabilitativo* le cui attività comprendono:

- a. Compilazione di una scheda di assessment iniziale;
- b. Analisi della motivazione al trattamento
- c. Promozione del cambiamento e delle capacità di insight attraverso colloqui psicologici e trattamenti psicoterapeutici individuali ad orientamento psicodinamico, familiari e di gruppo;
- d. Colloqui iniziali per la valutazione diagnostica multidimensionali
- e. Valutazione di laboratorio e strumentale;
- f. Esame fisico (peso, statura, P.A., esame della pelle, tiroide, neurologico, ecc.);
- g. Auto-aiuto guidato e terapeutico, anche mediante utilizzo di test specifici;
- h. Riabilitazione nutrizionale e correzione del pattern alimentare;
- i. Pasti giornalieri assistiti;
- j. Monitoraggio continuo dei parametri clinici (tra cui il piano alimentare e del peso);
- k. Monitoraggio dell'attività fisica;
- l. Colloqui nutrizionali;
- m. Attività artistiche, espressive e pedagogiche personalizzate (ad es. arti visive, corsi di lingua, attività artigianali, fotografia, danza, musica, canto ecc.);
- n. Supporto ed informazione per i familiari;
- o. Intervento educativo;
- p. attività riabilitative di fisioterapia, psicomotricità e di medicina integrata (ad es. tecniche di rilassamento, meditazione, ecc);;
- q. assistenza infermieristica continuativa.

Per essere ammesse al trattamento residenziale, le persone con DCA devono rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di grave comorbidità psichiatrica in asse I del DSM IV/R
- assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi)
- condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione
- accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni.

La durata dell'ospitalità residenziale varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire un recupero ponderale e dell'equilibrio psichico.

4.12.1 Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma residenziale di riabilitazione intensiva prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione;
- Il centro deve essere organizzato in moduli minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare;
- stanze per il soggiorno residenziale dei pazienti, attrezzate come stanze preferibilmente singole oppure doppie con servizi igienici assistiti;
- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti";
- 1 ufficio di direzione;
- 1 segreteria (funzioni archivio e *front office*);
- 1 locale comune per ogni area in cui ci sono stanze di degenza;
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni;
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende);

- studi medici;
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy);
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.);
- 1 sala TV/gioco;
- 1 sala attività motorie o palestra;
- uno spazio all'aperto (parco);
- locale di servizio per gli operatori anche esterni;
- servizi igienici e spogliatoi per operatori;
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza.

4.12.2 Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un approccio interdisciplinare integrato.

L'equipe per una struttura di 20 posti di residenzialità deve comprendere un Responsabile (un medico psichiatra o uno psicologo specialista in psicoterapia con almeno 5 anni di esperienza specifica sul campo) e il seguente personale con specifica competenza nel campo dei disturbi del comportamento alimentare.:

- 3 Psicologi specialisti in psicoterapia (24 ore/sett. - 4 accessi);
- 1 Medico psichiatra (36 ore/sett. - 6 accessi);
- 1 Medico di Medicina Interna e/o endocrinologo o nutrizionista (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 Dietista (36 ore/sett. - 6 accessi);
- 1 fisioterapista (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 psicomotricista (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 infermiere coordinatore (36 ore/sett. - 6 accessi);
- 2 infermieri (36 ore/sett. - 6 accessi);

- 6 educatori/tecnici di psicologia (copertura sulla 24 ore - 1 operatori a turno durante il giorno, feriali e festivi, ed 1 operatore per la notte);
- 1 assistente sociale (18 ore/sett. - 3 accessi);
- 1 impiegato amministrativo (36 ore/sett. - 6 accessi);

Il personale indicato va integrato con la dotazione di personale addetto alla cucina e alle pulizie generalmente impiegato in strutture di questa dimensione.

Inoltre, devono essere prevista consulenze specialistiche a richiesta: fisiatra, ginecologo, endocrinologo, cardiologo.

Ulteriore personale a quote di orario per laboratori creativi ed espressivi (teatro, danza, musica, psicodramma, ecc.) e attività motorie.

Nella struttura deve essere garantita la presenza di un medico o di uno psicologo durante le 24 ore anche attraverso la reperibilità notturna e festiva.

Per le strutture autorizzate con meno di 20 posti letto le figure professionali (tranne la presenza del Responsabile che deve essere sempre garantita) saranno ridotte in proporzione.

Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (anche sociali ed educative) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione.

Devono essere garantite, particolarmente nel caso di pazienti minorenni, la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

4.13. CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Finalità e Destinatari

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta*. In molti casi può essere utile, quale alternativa al programma residenziale per evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita, la semiresidenzialità, con attività terapeutiche multiple offerte nell'arco della giornata e "pasti assistiti".

I programmi semiresidenziali possono essere differenziati ma il centro deve essere aperto per almeno 6 ore al giorno su 5 o 6 giorni a settimana. Le attività e le modalità di assistenza sono assolutamente assimilabili a quelle della residenzialità e possono essere interamente accorpate a tale percorso.

Nel Centro diurno, quale struttura di riabilitazione semiresidenziale, si svolgono interventi terapeutici, riabilitativi risocializzanti rivolti a persone affette da disturbi del comportamento alimentare. Ha la funzione di seguire i pazienti, ponendosi spesso come alternativa al ricovero in ospedale offrendo attività terapeutiche multiple e "pasti assistiti".

E' un luogo di accoglienza per pazienti, spesso molto giovani, costituito al fine di evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita dei pazienti che necessitano di un sostegno durante la giornata e che necessitano di interventi specifici di tipo terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale.

Tale struttura è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma riabilitativo psicoterapeutico e nutrizionale e si pone i seguenti *obiettivi specifici*:

- 1) promuovere l'autonomia personale, attraverso attività individuali e di gruppo che permettano un maggior inserimento nel tessuto sociale;
- 2) proporre attività riabilitative che permettano agli utenti di sviluppare o recuperare le competenze necessarie all'inserimento nel mondo della scuola e/o del lavoro e ad un recupero di una vita di relazione;

- 3) permettere l'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e relazionali;
- 4) sostenere nella quotidianità e con gruppi specifici le famiglie degli utenti;
- 5) favorire un miglioramento rispetto alla psicopatologia specifica del disturbo e alla sintomatologia ad esso associata;
- 6) favorire la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso.

4.13.1 Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma del centro diurno prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione;
- Il centro deve essere organizzato in moduli costituiti da minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare;
- 1 sala da pranzo allestita anche per i “pasti assistiti”;
- 1 ufficio di direzione;
- 1 segreteria (funzioni archivio e *front office*);
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni;
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende);
 - studi medici;
 - 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy);
 - 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.);
 - 1 sala attività motorie o palestra;
 - uno spazio all'aperto (parco);
 - locale di servizio per gli operatori;

- servizi igienici e spogliatoi per operatori;
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza.

4.13.2 Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali e più servizi territoriali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un modello integrato di intervento.

Presenza di personale di equipe multidisciplinare con specifica competenza nell'area dei disturbi del comportamento alimentare composta da:

- 1 medico psichiatra (con funzioni di responsabile)
- 1 psicologo specialista in psicoterapia
- 2 infermiere (18 h/sett.)
- 1 assistente sociale (18 h/sett.)
- 1 tecnico della riabilitazione
- 2 educatore professionale/tecnico di psicologia
- personale di assistenza in relazione alle attività previste
- 1 istruttore per attività specifiche

E' prevista la presenza di almeno un medico psichiatra e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l'orario di apertura.

La presenza dei tecnici della riabilitazione/educatori/tecnici della psicologia può essere articolata e variare nelle varie fasce di professionalità a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

Deve essere formalizzato un progetto generale di struttura.

Nel caso di pazienti minorenni devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Aperta minimo 6 ore al giorno nella fascia 8/19, per un minimo di 5 giorni alla settimana. Il periodo di chiusura programmata non può superare le due settimane consecutive.

Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (sociali, educative, ecc.) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.