

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Augusto ROLLANDIN

IL DIRIGENTE ROGANTE
Livio SALVEMINI

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal _____ per quindici giorni consecutivi.

Aosta, li _____

IL DIRIGENTE
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 22 febbraio 2013

In Aosta, il giorno ventidue (22) del mese di febbraio dell'anno duemilatredici con inizio alle ore otto e otto minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente della Regione Augusto ROLLANDIN

e gli Assessori

Aurelio MARGUERETTAZ - Vice-Presidente

Giuseppe ISABELLON

Leonardo LA TORRE

Albert LANIECE

Ennio PASTORET

Manuela ZUBLENA

Si fa menzione che le funzioni di Assessore all'Istruzione e Cultura sono state assunte "ad interim" dal Presidente della Regione e che l'Assessore Marco VIERIN interviene alle ore 9.01, dopo l'approvazione della deliberazione n. 290.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale, Sig. Livio SALVEMINI

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **265** OGGETTO :

APPROVAZIONE DEI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI PER ANZIANI RESI DA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI IN VALLE D'AOSTA AI SENSI DELLA L.R. 93/1982. REVOCA DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE 2282/2007 E 1557/2008. SOSTITUZIONE DELL'ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2957/2011.

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamata la legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 “Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane e inabili”;

Richiamata la legge regionale 21 dicembre 1990, n. 80 “Interventi finanziari per opere pubbliche destinate all’assistenza alle persone anziane, inabili e handicappate”;

Richiamata la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e in particolare l’articolo 8 (Funzioni delle Regioni);

Richiamato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 30 marzo 2001 recante atto di indirizzo e coordinamento di sistemi di affidamento dei servizi alla persona, ai sensi dell’art. 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328;

Richiamato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308 concernente “Requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale, a norma dell’articolo 11 della legge 8 novembre 2000 n. 328”;

Richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate dalla regione” ed in particolare l’articolo 2 che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed appropriati di assistenza previsti dal Piano regionale per la salute e il benessere sociale;

Richiamata la legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Autonoma Valle d’Aosta (Legge finanziaria per gli anni 2004/2006). Modificazioni di leggi regionali e altri interventi”, e in particolare l’art. 17 che stabilisce che la Regione, in relazione all’interesse sovra comunale delle opere pubbliche dalla stessa realizzate e destinate all’assistenza delle persone anziane ed inabili, si fa carico delle opere di ampliamento di ristrutturazione, nonché di altri interventi di manutenzione straordinaria finalizzati all’adeguamento funzionale delle stesse strutture;

Richiamata la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 “Approvazione del piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2011/2013” che si propone di migliorare la qualità dei servizi in ambito sanitario ed in particolare attraverso la condivisione con gli enti locali di piani di intervento di edilizia socio-assistenziale per l’adeguamento agli standard strutturali regionali ed erogazione dei conseguenti contributi;

Richiamate le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 2282 in data 23 agosto 2007 “Approvazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d’Aosta, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n.

- 93 degli atti di programmazione socio-sanitaria approvati con leggi regionali 4 settembre 2001, n. 18 e 20 giugno 2006, n. 13”;
- n. 1557 in data 23 maggio 2008 “Approvazione di modificazioni alla deliberazione della Giunta regionale n. 2282 in data 23 agosto 2007 “Approvazione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d’Aosta, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 e degli atti di programmazione socio-sanitaria approvati con leggi regionali 4 settembre 2001, n. 18 e 20 giugno 2006, n. 13”;
 - n. 3217 in data 7 novembre 2008 “Approvazione di una prima classificazione delle strutture socio-assistenziali residenziali per anziani pubbliche e private, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 2282/2007 e successive modificazioni e proroga dei termini per la presentazione delle domande di ammissione a finanziamento di cui alle l.r. 80/1990 e 21/2003”;
 - n. 2191 in data 7 agosto 2009 “Approvazione di nuove disposizioni in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, ai sensi della l.r. 5/2000 e successive modificazioni. Revoca della DGR 2103/2004”;
 - n. 161 in data 28 gennaio 2011 “Approvazione della sospensione dei termini di adeguamento ai requisiti minimi organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali per anziani, previsti dalla deliberazione della Giunta regionale n. 2282 in data 23 agosto 2007”;
 - n. 2957 in data 9 dicembre 2011 “Approvazione degli standard organizzativi del servizio di Assistenza domiciliare (SAD) e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), ai fini dell’autorizzazione di soggetti pubblici e privati, del termine per l’adeguamento e della proroga del gruppo tecnico interprofessionale istituito con DGR 396/2008”;
 - n. 2360 in data 7 dicembre 2012 “Approvazione del profilo professionale del referente dei servizi anziani, delle modalità di accesso e dei requisiti formativi, ai sensi delle DGR n. 2712/2009, n. 2282/2007 e successive modificazioni, e n. 2957/2011”;

Considerato che, sulla base di quanto indicato nella deliberazione n. 161/2011, con nota prot. 5398 in data 15 febbraio 2011 è stato dato mandato all’organismo multidisciplinare e interistituzionale di cui alla DGR 395/2008 (rappresentanti CPEL, Azienda USL, Servizio risorse e Direzione politiche sociali) di avviare tale revisione sulla base delle indicazioni contenute nel “Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013” e le mutate esigenze assistenziali e di sostenibilità economica;

Preso atto che il suddetto organismo multidisciplinare ha condiviso in via preliminare l’allegata bozza di revisione degli standard minimi strutturali ed organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani con la finalità di garantire un’effettiva risposta ai bisogni degli assistiti in ragione del livello di non autosufficienza, nel rispetto dell’effettiva sostenibilità della spesa regionale e locale;

Preso atto che il documento è stato condiviso con le organizzazioni sindacali nel corso degli incontri svoltisi in data 11 aprile e 22 giugno 2012 durante i quali sono state definite e accolte alcune proposte di integrazione;

Considerato che la nuova suddivisione delle strutture socio-assistenziali residenziali per anziani prevede l'istituzione di quattro nuovi livelli strutturali così suddivisi:

- comunità di tipo familiare: a bassa intensità assistenziale, che accolgono fino ad un massimo di sei utenti anziani autosufficienti;
- strutture a prevalente accoglienza alberghiera: a bassa intensità assistenziale, bassa complessità organizzativa, destinate ad accogliere da un minimo di 7 fino ad un massimo di 23 persone anziane autosufficienti o con limitata autonomia personale;
- strutture protette: a media intensità assistenziale e a elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere minimo 24 utenti anziani non autosufficienti;
- strutture protette plus: ad elevata intensità assistenziale e ad elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere minimo 24 ed un massimo di 120 utenti anziani non autosufficienti;

Ritenuto di approvare gli standard minimi strutturali e organizzativi per le strutture socio-assistenziali residenziali per anziani, alla luce delle mutate esigenze assistenziali e di sostenibilità economica, come da allegato "A" alla presente proposta di deliberazione e contestualmente revocare le deliberazioni della Giunta regionale n. 2282/2007 e 1557/2008;

Ritenuto opportuno stabilire il termine di 6 mesi dall'approvazione della presente proposta di deliberazione - fermo restando il limite del fabbisogno complessivo per distretto socio-sanitario approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 3217/2008 - per la presentazione, da parte degli Enti gestori, di un piano di ridefinizione e di riclassificazione delle strutture presenti sul territorio regionale, ivi compresi i centri diurni;

Ritenuto opportuno stabilire il termine di 6 mesi dall'approvazione della presente proposta di deliberazione, per l'approvazione di una convenzione quadro per l'erogazione, da parte dell'Azienda USL dell'assistenza sanitaria nelle strutture pubbliche;

Considerato quanto evidenziato dal Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013 che prevede di "valutare attraverso un'analisi dei bisogni, l'eventualità di destinare strutture residenziali per anziani a profili a elevata assistenza sanitaria";

Considerata la richiesta dell'Azienda USL con nota in data 13 gennaio 2012 e a seguito dell'incontro avvenuto in data 6 febbraio 2012 tra la Struttura regionale competente in materia di Politiche sociali e l'Azienda USL dopo un periodo di sperimentazione delle disposizioni contenute nel documento allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 2957 in data 9 dicembre 2011;

Ritenuto pertanto opportuno apportare, per una maggior chiarezza, alcune precisazioni e modifiche ai contenuti dell'allegato A alla deliberazione della Giunta regionale n. 2957 in data 9 dicembre 2012 e, per una più agevole lettura, sostituire integralmente l'allegato medesimo;

Ritenuto opportuno stabilire il termine del 31 dicembre 2015 per la presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 3217 in data 7 novembre 2008;

Preso atto del parere espresso dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta pervenuto con nota in data 1° gennaio 2013;

Preso atto del parere favorevole espresso dal Consiglio Permanente degli Enti locali pervenuto con nota in data 20 dicembre 2012;

Preso atto del parere favorevole espresso dall'Azienda pubblica di servizi alla persona G.B.Festaz con nota in data 24 dicembre 2012;

Preso atto inoltre del parere favorevole espresso dalle Case di riposo private durante l'incontro tenutosi in data 16 gennaio 2013 e dal quale è emersa l'esistenza di una comunità di tipo familiare di sei posti letto, presso il Priorato di Saint-Pierre;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2489 in data 28 dicembre 2012 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2013/2015, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2013 e di disposizioni applicative;

Richiamati gli obiettivi n. 71070002 "Interventi correnti di finanza locale con vincolo di destinazione nel settore delle politiche sociali- 1.4.2.11" e n. 7102001 "1.4.2.22 interventi d'investimento di finanza locale con vincolo di destinazione per strutture destinate all'assistenza sociale";

Visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione, rilasciato per quanto di competenza dal dirigente della Struttura politiche sociali e dal dirigente della Struttura risorse dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

Su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Albert Lanièce;

A unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1) di approvare i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani prestati da soggetti pubblici e privati, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93, contenuti nell'allegato "A" alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante;
- 2) di revocare le deliberazioni della Giunta regionale n. 2282 del 23 agosto 2007 e n. 1557 del 23 maggio 2008;
- 3) di approvare l'allegato "B" alla presente deliberazione che sostituisce integralmente l'allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 2957 in data 9 dicembre 2011;
- 4) di stabilire il termine di 6 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per la presentazione, da parte degli Enti gestori, previo coinvolgimento delle Case di riposo private esistenti, di un piano di ridefinizione e di riclassificazione delle strutture per anziani presenti sul territorio regionale, ivi compresi i centri diurni;
- 5) di stabilire il termine di 12 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per l'approvazione da parte della Giunta regionale della classificazione definitiva delle strutture socio-assistenziali residenziali per anziani;

- 6) di stabilire il termine di 6 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per l'approvazione di una bozza di convenzione-quadro tra l'Amministrazione regionale, il Consiglio permanente degli Enti locali, gli Enti gestori e l'Azienda USL della Valle d'Aosta, in cui si formalizzino responsabilità e ruoli assunti dal personale sanitario e dagli assistenti sociali che prestano la loro opera presso le strutture pubbliche e sul territorio, nonché le loro modalità di relazione con il personale socio-assistenziale;
- 7) di stabilire il termine del 31 dicembre 2015 per la presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 3217 in data 7 novembre 2008;
- 8) di stabilire che la presente deliberazione sia integralmente pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19;
- 9) di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa, a cura della struttura regionale competente in materia di politiche sociali dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta ed agli Enti gestori di servizi socio assistenziali residenziali e semi-residenziali.

GU / PH



Requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d’Aosta, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93.

Il presente atto disciplina i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta nelle seguenti tipologie di strutture:

1. strutture socio-assistenziali residenziali, che regolano il proprio funzionamento per tutto l'anno e nell'arco giornaliero delle 24 ore;
2. strutture socio-assistenziali semi-residenziali: il centro diurno ed il centro di incontro, che regolano il proprio funzionamento per tutto l'anno e in arco temporale circoscritto della giornata;
3. strutture socio-assistenziali per soggiorni climatici che regolano il proprio funzionamento in un arco temporale circoscritto nell'anno e nell'arco giornaliero delle 24 ore.

Sono espressamente esclusi dalla presente normativa i servizi sanitari e socio-sanitari che prevedono l'esecuzione di attività a prevalente contenuto sanitario per le quali si rinvia alla normativa statale e regionale di riferimento.

1. Strutture socio-assistenziali residenziali per anziani

1.1. Requisiti tecnici e strutturali delle strutture residenziali socio-assistenziali per le persone anziane

1.2. Descrizione dei requisiti tecnici e strutturali generali

Le strutture socio-assistenziali residenziali e per anziani sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia edilizia e urbanistica, igienico-sanitaria, di prevenzione incendi, antisismica, sullo smaltimento dei rifiuti di diversa natura, sulle condizioni di sicurezza degli impianti, sulle barriere architettoniche, sulla prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro, sulla tutela della salute dei non fumatori, in relazione alla tipologia prevalentemente sociale delle attività di assistenza rese all'interno delle strutture stesse.

All'interno delle strutture di cui trattasi, è garantito l'adempimento delle esigenze di assistenza, di prevenzione degli infortuni e di rispetto della riservatezza degli ospiti. È consigliato l'uso di tecnologie innovative quali, ad esempio, segnaletiche appropriate, mancorrenti in vista, impiego del colore al fine della caratterizzazione ambientale e oggettuale, sistemi individuali di allarme, rilevatori automatici di vario genere, in modo da accrescere il livello di sicurezza e di fruibilità degli ambienti, nel rispetto della riservatezza e della personalità degli ospiti.

Nelle strutture residenziali, pur nell'ottica della funzionalità, è importante che gli ambienti assumano un carattere familiare per gli ospiti, anche attraverso la personalizzazione degli spazi individuali.

1.3. Classificazione delle strutture residenziali destinate ad attività socio-assistenziali per anziani

Le strutture residenziali destinate ad attività socio-assistenziali per anziani si suddividono in quattro livelli, in relazione alla presenza di requisiti tecnici e strutturali tali da garantire assistenza ottimale alle persone con differenti gradi di non autosufficienza.

Le strutture residenziali possono rappresentare un punto di appoggio del servizio di assistenza domiciliare e fungere anche da centro diurno e centro d'incontro, in presenza di spazi di dimensioni adeguate.

1.3.1. Comunità di tipo familiare

Le comunità di tipo familiare sono edifici con funzioni di accoglienza a bassa intensità assistenziale, che accolgono fino ad un massimo di sei utenti anziani autosufficienti, per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale.

Le strutture di tipo familiare ospiteranno gli utenti con le caratteristiche previste dal profilo n. 1 (lucido e autonomo) della scheda SVAMA, "Tabella profili", approvata con provvedimento dirigenziale n. 5191 in data 2.12.2009, ed eventuali, successive modifiche.

Nella comunità di tipo familiare devono essere garantite:

- la pulizia delle parti comuni e la manutenzione della struttura,
- l'immediata reperibilità di una figura di riferimento, in caso di bisogno degli ospiti.

Se necessario, le persone anziane inserite nella comunità di tipo familiare, si avvalgono degli interventi e del personale sanitario previsto per i servizi socio-assistenziali per anziani resi nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SAD) e assistenza domiciliare integrata (ADI).

Gli ospiti possono avvalersi dell'assistente personale.

L'assistenza sanitaria deve essere intesa come analoga agli interventi resi al domicilio della persona anziana.

Queste strutture oltre ai requisiti previsti dal paragrafo 1.4.4 e 1.4.5. rispondono ai requisiti strutturali previsti per gli alloggi adibiti a civile abitazione e, ai fini della normativa sulla prevenzione incendi, ai requisiti alberghieri.

1.3.2. Strutture a prevalente accoglienza alberghiera

Le strutture a prevalente accoglienza alberghiera sono edifici di accoglienza a bassa intensità assistenziale e bassa complessità organizzativa, destinate ad accogliere da un minimo di 7 fino ad un massimo di 23 persone anziane autosufficienti o con limitata autonomia personale, prive del necessario supporto familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza.

Le strutture a prevalente accoglienza alberghiera ospiteranno gli utenti con le caratteristiche previste dal profilo n. 1 (lucido e autonomo) e da quelli idonei all'inserimento nelle strutture di primo livello della scheda SVAMA, "Tabella profili", approvata con provvedimento dirigenziale n. 5191, in data 2.12.2009, ed eventuali successive modifiche.

Nelle strutture a prevalente accoglienza alberghiera deve essere garantita:

- la presenza minima di un operatore di riferimento Adest/Oss per l'equivalente di un turno, previsto dalla struttura, per gli assistenti;
- la somministrazione dei pasti;

- le attività aggregative e ricreative culturali;
- la pulizia delle parti comuni e la manutenzione della struttura;
- la reperibilità, anche attraverso l'attivazione di servizi di teleassistenza, di una figura di riferimento durante le ore notturne.

Se necessario, le persone anziane inserite nella comunità di tipo familiare, si avvalgono degli interventi e del personale sanitario previsto per i servizi socio-assistenziali per anziani resi nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SAD) e assistenza domiciliare integrata (ADI).

Gli ospiti possono avvalersi dell'assistente personale.

L'assistenza sanitaria deve essere intesa come analoga agli interventi resi al domicilio della persona anziana.

Queste strutture, oltre ai requisiti previsti dal paragrafo 1.4.4 e 1.4.6, rispondono ai requisiti previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308 e, ai fini della normativa sulla prevenzione incendi, ai requisiti alberghieri.

1.3.3. Strutture protette

Le strutture protette sono strutture socio-assistenziali con funzioni di accoglienza media intensità assistenziale e a elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere minimo 24 utenti anziani non autosufficienti e un massimo di 120 utenti, ad eccezione delle strutture per le quali, alla data di approvazione del presente atto, siano già stati finanziati o effettuati adeguamenti strutturali agli standard vigenti negli ultimi cinque anni.

Le strutture protette ospiteranno gli utenti aventi le caratteristiche previste dai profili idonei all'inserimento nelle strutture di 2 e 3 livello della scheda SVAMA, "Tabella profili", approvata con provvedimento dirigenziale n. 5191 in data 2.12.2009, ed eventuali successive modifiche.

Nelle strutture protette deve essere garantita l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- la pulizia delle parti comuni e la manutenzione della struttura;
- la somministrazione dei pasti;
- l'assistenza diurna e notturna garantita da personale Adest/Oss;
- attività aggregative e ricreative, culturali e di mobilitazione;
- l'assistenza sanitaria comprensiva di prestazioni mediche e riabilitative;
- l'assistenza infermieristica;

Queste strutture, oltre ai requisiti previsti dal paragrafo 1.4.4 e 1.4.7, rispondono ai requisiti previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308 e, ai fini della normativa sulla prevenzione incendi, rispondono ai requisiti sanitari.

1.3.4. Strutture protette plus

Le strutture protette plus sono strutture socio-assistenziali con funzioni di accoglienza a elevata intensità assistenziale ed elevata complessità organizzativa, destinate ad accogliere minimo 24 ed un massimo di 120 utenti anziani non autosufficienti.

Le strutture protette plus ospiteranno gli utenti aventi le caratteristiche previste dai profili idonei all'inserimento nelle strutture di 2 e 3 livello della scheda SVAMA, Tabella

profili, approvata con provvedimento dirigenziale n. 5191 in data 2.12.2009, ed eventuali successive modifiche, che siano state valutate all'interno dell'area sanitaria con punteggio 3.

Nelle strutture protette deve essere garantita l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- la pulizia delle parti comuni e la manutenzione della struttura;
- la somministrazione dei pasti;
- l'assistenza diurna e notturna garantita da personale Adest/Oss;
- attività aggregative e ricreative, culturali e di mobilitazione;
- l'assistenza sanitaria comprensiva di prestazioni mediche e riabilitative;
- l'assistenza infermieristica organizzata per turni lungo l'arco della giornata.

Queste strutture, oltre ai requisiti previsti dal paragrafo 1.4.4. e 1.4.7, rispondono ai requisiti previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308 e, ai fini della normativa sulla prevenzione incendi, rispondono ai requisiti sanitari.

1.3.5. Vincoli ricettivi e valutazioni economico/gestionali

Le strutture protette di nuova costruzione devono avere dimensioni minime non inferiori a n. 36 posti letto e massime di 120 posti letto, al fine di poter garantire una gestione sostenibile dal punto di vista economico/gestionale.

1.3.6. Termini per adeguamento e autorizzazione delle strutture

Le strutture di cui sopra, non adeguate entro il 31 dicembre 2015 dovranno essere destinate esclusivamente a ospitare utenti autosufficienti, preferibilmente con modalità di gestione analoghe a quelle previste per le strutture residenziali a prevalente accoglienza alberghiera.

Entro 6 mesi dall'approvazione della presente disposizione, fermo restando il limite dei fabbisogni complessivo per distretto socio-sanitario definito con deliberazione della Giunta regionale, gli enti gestori presentano, alla struttura regionale competente in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture in ambito sanitario e sociale, un piano di ridefinizione e di classificazione delle strutture presenti sul proprio territorio di competenza.

1.4. Requisiti tecnici e strutturali delle strutture destinate ad attività socio-assistenziali per anziani

1.4.1. Requisiti tecnici e strutturali generali

Le strutture devono garantire le seguenti caratteristiche e condizioni di sicurezza conformi alle vigenti normative in materia di:

- a) urbanistica;
- b) edilizia;
- c) sicurezza statica in situazioni normali o eccezionali;
- d) requisiti igienico-sanitari e smaltimento dei rifiuti;
- e) prevenzione e protezione dagli incendi;
- f) sicurezza degli impianti e risparmio di energia;
- g) sicurezza e salute del personale e dei luoghi di lavoro;
- h) abbattimento delle barriere architettoniche.

La nuova costruzione e gli interventi di ampliamento sulle strutture già esistenti devono prevedere l'applicazione della progettazione antisismica e le relative norme tecniche.

Al solo fine del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di strutture socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali già esistenti prevista dalla normativa regionale vigente in materia, in presenza di un progetto esecutivo e definitivo approvato dall'autorità competente, la verifica della sussistenza dei requisiti strutturali può essere rinviata alla conclusione delle opere di adeguamento funzionale necessarie per ottemperare alla presente disciplina.

1.4.2. Localizzazione

La struttura deve essere preferibilmente localizzata in ambiti urbani a destinazione residenziale o nelle aree all'uopo riservate dagli strumenti urbanistici, purché tali aree siano inserite in contesti urbani già consolidati o in zone in fase di sviluppo programmato – in modo da essere inserite in centri di vita attiva – e siano dotate cioè di elementi essenziali per rendere più possibile varia, completa e organizzata la vita delle persone anziane; l'area deve essere protetta da fattori inquinanti e deve avere caratteristiche di salubrità.

Tale localizzazione deve essere individuata anche in funzione della necessità di raccordo con l'organizzazione dei servizi socio-sanitari di zona e di tutti quei servizi rientranti nell'area degli interventi a carattere socializzante.

La struttura deve preferibilmente trovarsi all'interno di una rete di pubblici trasporti, al fine di favorire la continuità dei rapporti familiari e sociali.

1.4.3. Accessibilità esterna

La larghezza e la pendenza dei percorsi pedonali, i raccordi tra questi e il livello stradale, i materiali e le caratteristiche costruttive a essi connessi, le aree di parcheggio e gli accessi alla struttura edilizia devono rispettare quanto previsto dalla normativa vigente in materia di eliminazione di barriere architettoniche.

1.4.4. Articolazione generale delle strutture

- a) Ogni struttura deve essere dotata di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto, organizzati in modo tale da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la riservatezza.
- b) In ogni struttura distribuita su più di un piano, deve essere presente un ascensore accessibile con carrozzella.
- c) Ogni struttura deve essere dotata di spazi esterni adeguati per il parcheggio degli automezzi, nonché di spazi scoperti attrezzati adibiti a verde, anche idonei ad accogliere attività esterne alla struttura per l'integrazione della stessa nel contesto sociale e urbano in cui è inserita.
- d) In tutte le strutture, le dimensioni abitative devono essere di almeno 12 metri quadrati per ogni camera con un posto letto e 18 metri quadrati per ogni camera con due posti letto e 24 metri quadrati per ogni camera a tre posti letto per le sole strutture esistenti in caso di ristrutturazione le superfici sopra indicate possono essere diminuite fino al 20%: deve essere garantito lo spazio minimo per la rotazione delle carrozzine, ossia 150 cm.
- e) In tutte le strutture deve essere prevista la presenza di una linea telefonica a disposizione degli ospiti.

- f) Nelle camere non è consentito l'uso di apparecchi con resistenza scoperta e a gas.
- g) Le strutture devono essere dotate di impianti tali da garantire una temperatura dell'aria interna ed umidità idonea a salvaguardare la salute degli ospiti;
- h) I locali abitabili, ad eccezione di quelli destinati a servizi igienici, a disimpegni, a corridoi, a vani scala, a ripostigli e a depositi, devono fruire dell'illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso.
- i) Per ciascun locale di uso abitativo il requisito minimo di aerazione e illuminazione è di 1/8 della superficie e del pavimento.
- j) I servizi igienici sanitari delle parti comuni devono essere dotati di antibagno; sia il bagno che l'antibagno senza apertura verso l'esterno devono essere dotati di ventilazione naturale o forzata. La dotazione minima del bagno è costituita da un lavabo, un Water e una doccia a pavimento.
- k) Deve essere assicurato l'utilizzo di materiali di reiezione al fuoco superiore a 1 (materassi, tendaggi, cuscini e tessuti in generale).
- l) L'impianto interfonico o di segnalazione deve prevedere che le camere da letto, i servizi igienici e gli altri locali frequentati dagli ospiti siano dotati di particolari attrezzature di comunicazione (interfono, campanelli) idonee a segnalare agli operatori o a chiunque sia addetto all'assistenza delle persone anziane le richieste di aiuto e di assistenza. Per il posizionamento e le altezze delle prese e dei dispositivi di comando, si devono soddisfare le norme relative all'abbattimento delle barriere architettoniche.
- m) In tutti i locali della struttura, vige il divieto di fumo.

1.4.5. Articolazione degli spazi individuali per le comunità di tipo familiare

- a) Le caratteristiche dei locali, fatte salve le disposizioni che seguono, sono stabilite conformemente alle norme del Piano Regolatore Comunale per le strutture a uso civile abitazione e sono attestate dal certificato di agibilità rilasciato dallo stesso Comune.
- b) Deve essere previsto almeno un servizio igienico accessibile e attrezzato per la non autosufficienza ogni 4 ospiti.
- c) Deve essere prevista la presenza di almeno un servizio igienico accessibile collegato agli spazi comuni.

1.4.6. Articolazione degli spazi individuali per le strutture a prevalente accoglienza alberghiera

- a) Le caratteristiche dei locali, fatte salve le disposizioni che seguono, sono stabilite conformemente alle norme del Piano Regolatore Comunale per le strutture a uso pubblico e sono attestate dal certificato di agibilità rilasciato dallo stesso Comune.
- b) Deve essere prevista la dotazione di locali per il servizio di lavanderia, spogliatoio del personale con servizi igienici, ristorazione e d'idonei locali per deposito sporco, pulito, attrezzature e materiale di consumo.
- c) È previsto uno spazio idoneo ad accogliere attività di mantenimento delle capacità motorie dotato di attrezzature e ausili idonei.
- d) Le camere devono essere fornite di letti articolati (preferibilmente, con un minimo di due snodi) regolabili in altezza.
- e) E' prevista una dotazione minima di bagni accessibili attrezzati nella misura di uno ogni due posti letto.
- f) Deve essere contemplata la presenza di almeno due servizi igienici accessibili collegati agli spazi comuni.

- g) Le pareti dei servizi igienico-sanitari devono essere rivestite fino a due metri di altezza con materiale lavabile e impermeabile.

1.4.7 Articolazione degli spazi individuali per le strutture protette e protette plus

- a) Le strutture sono organizzate in nuclei da 30 ospiti.
- b) Le caratteristiche dei locali, fatte salve le disposizioni che seguono, sono stabilite conformemente alle norme del Piano Regolatore Comunale per le strutture a uso pubblico e sono attestate dal certificato di agibilità rilasciato dallo stesso Comune.
- c) È necessaria la presenza di un monte lettighe: per le strutture protette plus un monte lettighe e un ascensore in strutture distribuite su più di un piano.
- d) Deve essere prevista la dotazione di locali adeguati per il servizio di lavanderia, guardaroba, ristorazione nonché locali per il deposito sporco, pulito, attrezzature e materiale di consumo.
- e) È previsto uno spazio da adibire a palestra dotata di attrezzature e ausili con relativo deposito.
- f) Sono previsti inoltre i seguenti locali:
 - a. un locale per il personale (spogliatoio con annessi servizi igienici) diviso tra uomini e donne;
 - b. un locale ad uso infermieristico con annesso servizio igienico;
 - c. una camera da letto singola insonorizzata ogni nucleo da 30 posti, per le protette plus il 10% delle camere da letto deve essere di tipo singolo;
 - d. una dotazione minima di bagni accessibili attrezzati nella misura di uno ogni due posti letto;
 - e. due servizi igienici accessibili collegati agli spazi comuni di cui uno a servizio del pubblico;
 - f. almeno un bagno assistito ogni nucleo di 30 ospiti;
 - g. una camera ardente.
- g) Le camere devono essere dotate di letti articolati (preferibilmente, con un minimo di due snodi) regolabili in altezza.
- h) Deve essere garantita la disponibilità di materassi e di cuscini preventivi delle lesioni da pressione per gli ospiti che ne presentano necessità.
- i) Le pareti dei servizi igienico-sanitari devono essere rivestite fino a due metri di altezza di materiale lavabile e impermeabile.
- j) L'impianto elettrico deve rispettare le norme vigenti in materia d'installazione e sicurezza degli impianti stessi e disporre, quando siano presenti apparecchiature vitali, di un sistema alternativo di erogazione di energia elettrica in caso di black-out.
- k) Deve essere garantita la tutela della salute delle persone anziane con particolari patologie anche tramite il ricorso a impianti avanzati di sorveglianza degli accessi e delle vie di esodo.

1.5. Professionalità delle risorse umane impiegate nei servizi

Nell'ambito delle strutture per anziani, le risorse umane assumono un ruolo determinante per una risposta corretta e completa alle esigenze della persona anziana.

In base alle effettive finalità di ciascun servizio evidenziate nelle parti specifiche del presente documento, sono impiegate le seguenti risorse umane:

1. Figure del personale dell'area socio-assistenziale

- a) Referente dei servizi anziani;
- b) Operatore socio-sanitario (OSS) assistente domiciliare e dei servizi tutelari (Adest);
- c) Addetto ai servizi di cucina;
- d) Addetto ai servizi ausiliari;
- e) Assistente sociale;
- f) Animatore;
- g) Direttore;
- h) Operatore polivalente.

2. Figure del personale dell'area sanitaria

- a) Coordinatore infermieristico;
- b) Infermiere;
- c) Fisioterapista;
- d) Logopedista;
- e) Medico di assistenza primaria;
- f) Medici specialisti.

È ammesso l'accesso ai servizi di cui trattasi da parte di personale volontario cui possono essere affidate le mansioni che non sono di competenza del personale socio-assistenziale e sanitario in precedenza richiamato.

1.5.1. Personale dell'area socio-assistenziale

I requisiti professionali di cui trattasi valgono sia per il personale appartenente all'ente gestore del servizio socio-assistenziale residenziale per anziani sia per il personale esterno, in caso di acquisizione del servizio presso terzi.

1.5.1.1. Referente dei servizi anziani

È una figura dell'area socio-assistenziale che opera all'interno di servizi per anziani (residenziali, semi-residenziali e di assistenza domiciliare), occupandosi del buon funzionamento dell'unità d'intervento e assicurando qualità ed efficienza operativa. Il profilo professionale è stato approvato con deliberazione della Giunta regionale n 2360 in data 7 dicembre 2012.

Il referente coordina le attività del nucleo di operatori di riferimento, allo scopo di creare le condizioni ottimali per conseguire gli obiettivi di salute e di benessere degli utenti. In particolare, si prende cura degli aspetti organizzativi, promuove il lavoro di équipe all'interno dell'unità d'intervento, mantiene i rapporti con la realtà esterna e con i servizi sociali, sanitari e socio-sanitari coinvolti, assicurando, per quanto di competenza, l'attuazione dei piani assistenziali individuali, nel quadro di una presa in carico integrata delle esigenze dell'utente.

In accordo con le figure che svolgono funzioni dirigenziali e/o direttive del progetto di servizio, offre il suo contributo al mantenimento e allo sviluppo di adeguate modalità di gestione. Nell'esercizio delle sue funzioni, il referente dispone di autonomia e possibilità d'iniziativa nell'ambito delle responsabilità di natura operativa assegnate, il cui grado può variare in relazione al livello di delega.

1.5.1.2. Operatore socio-sanitario - O.S.S.

È l'operatore che svolge attività indirizzata a:

- soddisfare bisogni primari della persona, nell'ambito della propria area di competenza, in un contesto sia sociale sia sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia della persona anziana.

Le competenze e le mansioni dell'OSS sono regolamentate, a livello nazionale, dall'Accordo Stato-Regioni in data 22 febbraio 2001, a livello regionale, dalla delibera del Consiglio regionale 764/X in data 22 giugno 1994, che approva i requisiti di formazione dell'assistente domiciliare e dei servizi tutelari di cui alla legge regionale 5 aprile 1990, n. 12.

In via transitoria fino al 31 dicembre 2015 e con riferimento al personale in servizio alla data di approvazione del presente documento, a esaurimento delle graduatorie per l'assunzione di personale a tempo indeterminato e determinato di concorsi banditi entro il 31 dicembre 2014:

- è ammesso l'impiego di personale in possesso di qualifica Adest in misura inferiore al 20% del totale del personale addetto alle prestazioni assistenziali in carico al soggetto che eroga le prestazioni.

1.5.1.3. Addetto ai servizi di cucina

È un operatore che provvede alla gestione delle attività di ristorazione collettiva nell'ambito di strutture residenziali o di centri diurni, in possesso di un attestato di qualifica professionale.

Tale operatore deve mantenere durante lo svolgimento dell'attività la formazione specifica prevista per gli addetti alla ristorazione.

È equiparata ai requisiti di cui trattasi l'attività di cucina prestata, per almeno tre anni consecutivi, da personale vario purché in possesso della formazione specifica per tale professionalità prevista per gli addetti alla ristorazione.

1.5.1.4. Addetto ai servizi ausiliari

È un operatore dell'area socio-assistenziale, addetto a operazioni che richiedono preparazione professionale non specifica.

1.5.1.5. Operatore polivalente

È un operatore, presente esclusivamente nelle strutture private, che svolge funzioni esecutive ausiliarie promiscue e di supporto, addetto ad attività polivalenti.

Sono equiparate alle prestazioni rese dagli operatori socio-sanitari (OSS) quelle rese dagli operatori polivalenti delle strutture private, prossime alla quiescenza o con comprovati problemi sanitari o sociali che non consentano di intraprendere percorsi di riqualificazione.

Tale figura è da considerarsi a esaurimento.

1.5.1.6. Volontari

I volontari che operano all'interno delle strutture fanno parte preferibilmente di associazioni iscritte al Registro regionale delle Organizzazioni di volontariato o associazioni radicate sul territorio, oppure associazioni di promozione sociale che includono nei loro scopi statutari l'aiuto alla persona, l'animazione sociale, l'educazione permanente, l'assistenza e il soccorso.

Per i volontari è favorito il coinvolgimento a prestare la loro opera in struttura, sono adottati i seguenti accorgimenti:

- a) tesserino di riconoscimento con foto;
- b) elenco nominativo delle persone conservato in struttura;
- c) descrizione delle attività svolte dai singoli volontari;
- d) orari di presenza nella struttura.

1.5.1.7. Operatore addetto all'animazione

È un'attività finalizzata a promuovere lo sviluppo e/o il mantenimento delle potenzialità ancora presenti nonché a favorire il recupero, almeno parziale delle abilità e delle competenze perdute.

Tale attività di animazione deve essere svolta in collaborazione con figure professionali e servizi diversi, volontari e rappresentanti del privato sociale in un'ottica di rete. Tale attività favorisce, in coerenza con i progetti individualizzati di assistenza, processi di comunicazione

e integrazione sociale, laddove si osservano e registrano i comportamenti individuali e di gruppo, rilevando i bisogni emergenti e quelli espressi.

Ogni Ente gestore deve garantire tale attività.

L'attività di animazione può essere svolta da personale assistenziale che abbia seguito appositi corsi di formazione organizzati o riconosciuti dall'Amministrazione regionale oppure da una figura professionale dedicata, in possesso dei seguenti titoli di studio:

- a) titolo finale di studio d'istruzione secondaria di secondo grado integrato da corsi di formazione per animatori riconosciuti dall'Amministrazione regionale;
- b) diploma di laurea quadriennale ex ordinamento in pedagogia o scienza dell'educazione, ovvero laurea triennale nella classe 18 "Scienza dell'educazione e della formazione" definita dal decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica del 4 agosto 2000 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie";
- c) titolo di educatore professionale conseguito con corso regionale di almeno 2.400 ore o diploma di laurea ai sensi del decreto del Ministero della sanità 520/1998 e del decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001.

Compiti che riguardano l'animazione possono essere svolti dall'operatore socio-sanitario (OSS) o assistente domiciliare e dei servizi tutelari (Adest) con comprovata esperienza o propensione a svolgere attività ricreative, anche non in possesso dei requisiti precedentemente elencati.

1.5.1.8. L'assistente sociale

L'assistente sociale è una figura che opera nei servizi per anziani sia territoriali che residenziali e semi-residenziali, cura i rapporti con le famiglie degli ospiti e degli utenti dei servizi, collabora con il referente dei servizi e l'équipe di base per la stesura dei piani assistenziali individuali.

Il ruolo e le responsabilità di tale figura rispetto all'organizzazione e alla gestione dei servizi saranno stabiliti in dettaglio nelle convenzioni con gli Enti gestori di cui all'art. 1.6. comma 4.

1.5.1.9 Direttore

Il direttore è il responsabile della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura: addotta tutti i provvedimenti (atti decreti) di organizzazione delle risorse umane e strumentali disponibili, compresi quelli che impegnano l'Ente verso l'esterno.

La figura del direttore assorbe, in essere, le funzioni del referente dei servizi per anziani.

1.5.2.0. Personale dell'area sanitaria

I requisiti professionali e le caratteristiche delle funzioni svolte dalle figure professionali dell'area sanitaria indicate al punto 1.5. sono quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia.

1.6. Contenuto e volumi dell'assistenza presso le strutture socio-assistenziali residenziali per anziani

Le strutture residenziali per anziani garantiscono la sussistenza delle condizioni necessarie per l'erogazione dei seguenti ambiti di assistenza:

1. Ambito di tipo alberghiero:

- a) igiene e governo dei locali;

- b) copertura dei servizi di ristorazione;
- c) lavanderia e stireria;
- d) servizi amministrativi/gestionali.

2. Ambito di tipo socio-assistenziale:

- a) aiuto alla persona per il soddisfacimento delle esigenze individuali, come ad esempio l'igiene personale e la somministrazione pasti;
- b) aiuto e accompagnamento nelle relazioni con l'esterno per il disbrigo delle pratiche amministrative, per visite mediche, per commissioni varie e per il collegamento con altri servizi, per gli utenti privi di familiari.

3. Ambito di animazione

Ha finalità sia di socializzazione sia di prevenzione per rallentare il decadimento psichico e mentale.

4. Ambito di tipo sanitario:

L'Ente gestore si avvale della presenza del servizio dell'infermiere, del fisioterapista e del logopedista in funzione del bisogno dei singoli ospiti e sulla base della complessità assistenziale e/o dei progetti individuali.

L'attività di assistenza sanitaria all'interno delle strutture pubbliche socio-assistenziali residenziali per anziani gestite da enti locali territoriali è erogata direttamente dai servizi territoriali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta che si fanno carico dell'amministrazione e della gestione, nonché dei relativi oneri del personale impiegato, a seguito dell'approvazione, entro sei mesi dall'approvazione della deliberazione della Giunta Regionale n. _____ in data _____, di una convenzione quadro tra: Azienda USL, il Consiglio permanente degli enti locali, gli enti gestori e la Regione dove si formalizzano responsabilità e ruoli assunti dal personale sanitario, amministrativo, e socio-assistenziale, che operano presso le strutture pubbliche del territorio nonché le loro reciproche modalità di relazione.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, l'assistenza del medico di assistenza primaria e quella specialistica saranno fornite secondo quanto stabilito dalla normativa vigente e devono essere intese come analoghe agli interventi resi al domicilio della persona.

Tabella minuti assistenza strutture residenziali

L'attività di assistenza alla persona è erogata all'interno delle strutture socio-assistenziali residenziali per anziani in relazione al grado di non autosufficienza della persona anziana, sono intesi come minuti dedicati alla singola persona:

	COMUNITÀ FAMILIARE	PREVALENTE ACCOGLIENZA ALBERGHIERA	PROTETTA	PROTETTA PLUS
<i>Assistenza operatore socio-sanitario OSS</i>	E garantito in relazione al comprovato bisogno	Secondo il progetto di assistenza domiciliare integrata e siano garantite almeno sette/otto ore di presenza di un operatore OSS per la struttura	Pari a 120 minuti giornalieri a persona compreso il turno notturno	Pari a 140 minuti giornalieri a persona compreso il turno notturno
<i>Servizio dell'infermiere</i>	E' garantito in relazione al comprovato bisogno	E' garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario	*E' garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario	*E' garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario
<i>Servizio del fisioterapista</i>	E' garantito in relazione al comprovato bisogno	E' garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario	*E' garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario	*E' garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario
<i>Servizio del logopedista</i>	E garantito in relazione al comprovato bisogno	E garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario	*E garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario	E garantito in relazione al comprovato bisogno sanitario

* per le strutture pubbliche le unità di personale sanitario per comunità montana, le modalità e gli strumenti per il monitoraggio e il controllo delle prestazioni sanitarie erogate al bisogno saranno definite nella convenzione quadro tra l'Azienda USL, il Consiglio permanente degli enti locali, gli enti gestori e la Regione di cui al punto 1.6.4..

Per le strutture private convenzionate a seguito di accreditamento, l'Amministrazione regionale, in base ai fabbisogni, stipulerà dei contratti per l'erogazione di servizi di assistenza alla persone anziane, nei quali si stabiliranno i minutaggi di assistenza e di cura nella massima conformità possibile con quanto stabilito per le strutture pubbliche.

La presenza del referente dei servizi per anziani è garantita in termini di almeno un'unità a metà tempo, in media, ogni 40 posti letto ed almeno un'unità a tempo pieno, in media, ogni 80 posti letto. Oltre gli 80 posti letto la gestione di una complessa organizzazione richiede la presenza di figure di riferimento quali ad esempio un direttore.

Per le strutture private con meno di 40 p.l. che prevedono per la loro organizzazione la figura del direttore, le mansioni affidate al referente dei servizi per anziani possono essere svolte dal direttore stesso.

Al fine del corretto e omogeneo calcolo dei minuti giornalieri di assistenza sono indicati in tabella quelli impiegati nella reale attività lavorativa giornaliera. Infatti, per l'elaborazione dei minuti minimi necessari all'assistenza degli utenti/ospiti sono stati calcolati unicamente quelli effettivamente lavorati dagli operatori, sottraendo quindi all'orario di lavoro le assenze dovute a ferie, malattia o gravidanze. Per gli operatori socio-assistenziali, per il referente di struttura e per il personale ausiliario le ore effettive su base annua sono state calcolate nella misura di 1.388 (milletrecentoottantotto).

Per le strutture private e le cooperative sociali, considerato che i contratti di lavoro prevedono più ore settimanali rispetto al contratto pubblico, le ore effettive su base annua sono calcolate nella misura di 1.500 (millecinquecento).

Il personale ausiliario deve essere presente in numero adeguato, per garantire il rispetto delle norme igieniche all'interno delle strutture ed espletare le attività di tipo alberghiero come, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la pulizia dei locali, il servizio di lavanderia, di stireria e di riordino in generale della struttura.

L'attività di animazione deve essere prevista in un numero di ore settimanali non inferiori a quattro, utili al mantenimento degli interessi specifici degli ospiti e alla prevenzione del decadimento psicofisico e mentale degli stessi.

In situazioni particolari – per periodi non superiori a quaranta giorni nell'arco di un anno – è possibile una riduzione del 15% (quindici per cento) dei minuti dedicati all'assistenza (socio-assistenziale) alla persona per eventi particolari e non prevedibili.

1.7. Principali modalità di funzionamento e di organizzazione per le strutture residenziali per anziani

1.7.1. Ammissioni e dimissioni

La richiesta di inserimento è libera e può essere formulata dalla persona anziana o dai suoi familiari; la dimissione può avvenire o su richiesta della persona o su decisione del gestore della struttura socio-assistenziale residenziale. In ogni caso l'ammissione e la dimissione presso soggetti pubblici e privati convenzionati è disposta dalle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale.

La persona anziana e il gestore della struttura socio-assistenziale residenziale e semi-residenziale concordano le modalità di ammissione e dimissione: gli accordi devono essere formalizzati per mezzo di un documento scritto nel quale siano indicati i reciproci impegni

1.7.2. Presa in carico

Le strutture socio-assistenziali residenziali devono garantire l'applicazione della metodologia di lavoro per progetti individualizzati, compresi i momenti di verifica degli interventi. La persona anziana e la sua famiglia, il gestore della struttura socio-assistenziale residenziale concordano la presa in carico: gli accordi devono essere formalizzati per mezzo di un documento scritto, che contenga i reciproci impegni nonché le modalità di erogazione del servizio stesso. I rapporti con la persona anziana e i suoi familiari sono curati dal referente dei servizi per anziani, fatte salve le comunicazioni sanitarie relative allo stato di salute.

1.7.3. Valutazione

La persona anziana e, eventualmente, i suoi familiari valutano la rispondenza del servizio alle necessità espresse negli impegni concordati all'atto dell'ammissione con particolare riferimento al piano di assistenza individualizzata (PAI). Il gestore della struttura socio-assistenziale residenziale fornisce altresì i dati richiesti dalla struttura regionale competente in materia di servizi per anziani affinché la Regione autonoma Valle d'Aosta possa valutare e vigilare sull'andamento delle strutture e sulla rispondenza dei servizi resi rispetto alle esigenze delle persone anziane.

1.7.4. Regolamento

Le strutture socio-assistenziali residenziali approvano un regolamento interno tecnico-assistenziale con la finalità di:

- a) salvaguardare prioritariamente il benessere della persona anziana;
- b) garantire la conoscenza e la trasparenza dell'organizzazione e del funzionamento del servizio;
- c) indicare strategie per l'integrazione con la comunità locale.

Il regolamento prevede quindi disposizioni sui seguenti punti:

- a) finalità e caratteristiche della struttura;
- b) regole della vita comunitaria;
- c) modalità di fruizione del servizio;
- d) orari dei pasti e del rientro serale;
- e) modalità per regolamentare i rapporti con i familiari e le visite dei medesimi agli ospiti;
- f) modalità di organizzazione delle attività ricreative;
- g) rapporti con la comunità locale e i servizi territoriali.

Il regolamento interno deve prevedere la possibilità di accesso alle strutture di gruppi sociali iscritti al Registro regionale delle organizzazioni di volontariato e di promozione sociale.

Copia del regolamento deve essere trasmesso alla struttura regionale competente in materia di servizi per anziani e consegnata a tutte le persone anziane o ai loro familiari, ovvero esposto nella struttura.

1.7.5. Documentazione e debito informativo

Le strutture socio-assistenziali residenziali tengono una documentazione costantemente aggiornata relativa sia alla persona anziana sia alla vita comunitaria e in particolare:

- a) il registro delle presenze delle persone anziane;
- b) il registro delle presenze del personale nei singoli turni di lavoro;
- c) la tabella dietetica, approvata dal responsabile del servizio di igiene pubblica ed esposta in cucina e nelle sale da pranzo;
- d) una cartella personale per ogni persona anziana contenente i dati anagrafici, amministrativi, sociali e sanitari e il progetto di lavoro individualizzato aggiornato;
- e) una cartella con le annotazioni giornaliere salienti per ciascun persona anziana, utile per le consegne fra i diversi operatori nel cambio di turno;
- f) un calendario delle attività animative e ricreative;
- g) copia della documentazione tecnica relativa alle strutture stesse.
- h) costituisce requisito minimo per le sole strutture di cui ai punti 1 e 2 della premessa, l'assolvimento del debito informativo relativo alle seguenti informazioni:
 - ammissioni e dimissioni degli ospiti;
 - prestazioni socio-sanitarie erogate agli ospiti;
 - dotazione di personale per singola figura professionale e tempo lavoro (monte ore annuo);
 - costi di gestione e tariffe applicate;
 - quota finanziamento regionale, partecipazione utenti e risorse proprie.

1.7.6 Carta dei servizi

Le strutture socio-assistenziali residenziali redigono una carta dei servizi. Si tratta di uno strumento che garantisce la trasparenza dell'operatività e della gestione delle risorse umane ed economiche, fornisce al cittadino gli strumenti necessari per usufruire pienamente dei servizi erogati dall'ente gestore pubblico/privato, costituisce una sorta di contratto tra ente e utenti familiari degli utenti precisando diritti e doveri reciproci.

2. Strutture socio-assistenziali semi-residenziali per anziani

2.1. Centro diurno

2.1.1. Definizione e finalità

Il "centro diurno" è una struttura socio-assistenziale semi-residenziale che ospita, in regime diurno, persone anziane offrendo prestazioni di tipo socio-assistenziale, di animazione e, in via residuale, di tipo sanitario.

Considerate le loro finalità, i centri diurni devono essere situati in zone centrali e facilmente accessibili.

Il "centro diurno" può essere punto di appoggio del servizio di assistenza domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata e può fungere anche da centro d'incontro.

Il centro diurno, di norma è collocato all'interno di strutture socio-assistenziali residenziali per anziani previa verifica del programma di attività/gestione del servizio e verifica degli spazi.

Laddove non previsto diversamente, al “centro diurno” si applicano i medesimi requisiti strutturali ed organizzativi previsti per le altre strutture socio-assistenziali residenziali.

2.1.2. Destinatari

Il “centro diurno” si rivolge normalmente a persone anziane con ancora discrete abilità residue, bisognose di interventi dovuti a necessità di tutela, di sostegno e di assistenza anche sanitaria non possibili al domicilio.

2.1.3. Aspetti strutturali

Il “centro diurno” è composto dai seguenti locali:

- a) cucina e annessa dispensa;
- b) lavanderia;
- c) locale attrezzato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in cui sono conservati, in appositi armadi con serratura, i prodotti farmaceutici e simili;
- d) servizi igienici corredati da doccia con idonei ausili e bagno assistito, distinti per il personale e per le persone anziane;
- e) sala polivalente per il pranzo ed il soggiorno per le persone anziane.

Qualora le dimensioni volumetriche della struttura socio-assistenziale lo consentano, devono essere realizzati locali destinati al riposo diurno delle persone anziane.

Qualora il “centro diurno” sia inserito in una struttura socio-assistenziale residenziale i locali di cui sopra possono essere condivisi.

2.1.4. Funzionamento

Il “centro diurno” garantisce la sussistenza delle condizioni necessarie per l'erogazione dei seguenti ambiti di assistenza:

1. Ambito di tipo alberghiero:

- a) igiene e governo dei locali;
- b) copertura dei servizi di ristorazione;
- c) lavanderia e stireria;
- d) servizi amministrativi/gestionali.

2. Ambito di tipo socio-assistenziale: aiuto alla persona per il soddisfacimento delle esigenze individuali come, a titolo esemplificativo, l'igiene personale totale o parziale, la preparazione e la somministrazione dei pasti e il governo dei locali.

Deve essere garantita agli utenti un'assistenza minima dedicata di 60/80 minuti a persona secondo il progetto assistenziale dell'ospite.

3. Ambito dell'animazione, con finalità di socializzazione di prevenzione per rallentare il decadimento psichico e mentale.

4. Attività di tipo sanitario:

Sono garantite, prestazioni infermieristiche in relazione al comprovato bisogno. Resta fermo che l'attività di assistenza sanitaria all'interno delle strutture pubbliche socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani gestite da enti locali territoriali è

erogata direttamente dai servizi territoriali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta che si fa carico dell'amministrazione e della gestione, nonché dei relativi oneri del personale impiegato.

2.2. Centro d'incontro

2.2.1. Definizione e finalità

Il "centro d'incontro" è una struttura socio-assistenziale per anziani che offre attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione e i rapporti di comunicazione interpersonale. Considerate le finalità, il "centro d'incontro" è situato in zone centrali e inserite in una rete di servizi al cittadino.

Al "centro d'incontro" si applicano i medesimi requisiti strutturali previsti per le civili abitazioni.

2.2.2. Destinatari

Il "centro d'incontro" è destinato prioritariamente alle persone anziane, anche se è accessibile a tutti i cittadini senza distinzione di età.

2.2.3. Aspetti strutturali

Il "centro d'incontro" si caratterizza quale struttura flessibile nei suoi contenuti e può quindi nascere:

- a) quale struttura autonoma o a completamento di servizi esistenti nella zona: in tal caso, deve prevedere almeno una sala polivalente con annessi servizi igienici riservati al centro di incontro e un locale per la tisaneria;
- b) contemporaneamente a servizi socio-assistenziali per anziani di tipo residenziale già esistenti o quale emanazione di questi che, in tal modo, tendono ad integrare le loro prestazioni e ad aprirsi alla comunità;
- c) quale integrazione di altre strutture a carattere sociale che, pur fornendo prestazioni diverse, possono divenire punto di riferimento per la popolazione anziana.

2.2.4. Funzionamento

Annualmente il gestore approva un piano di attività, sentite le persone utenti del centro stesso.

Il gestore designa un responsabile del servizio che può anche essere designato all'interno del gruppo di volontari che ne assicura il funzionamento e che, in via ordinaria, cura i rapporti con le persone anziane del "centro d'incontro".

A titolo esemplificativo, le attività che il centro d'incontro può offrire alla popolazione sono attività di tempo libero, di svago e culturali come biblioteca, proiezioni, conferenze, spettacoli, concerti, mostre, attività espressive e artigianali, anche in collaborazione con le risorse del territorio, quali le associazioni e i gruppi di volontariato.

3.1. Soggiorni climatici

3.1.1. Definizione e finalità

I “soggiorni climatici” sono un servizio sociale che offre la possibilità di trascorrere alcuni periodi in strutture residenziali particolarmente idonee per cure termali e climatiche. Oltre a finalità di mantenimento e ristabilimento dello stato di salute psicofisico, i soggiorni offrono occasione di svago e di relazioni sociali.

3.1.2. Destinatari

Sono destinatari del servizio le persone anziane che vivono al proprio domicilio o in strutture socio-assistenziali residenziali, con priorità per coloro che presentano una autonomia ridotta e non hanno la possibilità di accedere diversamente ad altri soggiorni o vacanze.

3.1.3. Funzionamento

I “soggiorni climatici” possono essere organizzati durante tutto l’arco dell’anno presso le normali attrezzature alberghiere o presso case di vacanza, laddove sia garantita l’assenza di barriere architettoniche.

Oltre ai normali servizi alberghieri di vitto e di alloggio, devono essere garantiti il soddisfacimento dei bisogni individuali dell’utente, l’assistenza generale l’attività di animazione e di socializzazione.

L’assistenza di medicina generale e, eventualmente, specialistica e l’assistenza infermieristica deve essere assicurata dal gestore anche mediante convenzioni con le Aziende U.S.L. territorialmente competenti, con singoli professionisti ovvero con enti privati.

È garantita la presenza del seguente personale:

per le persone anziane autosufficienti un accompagnatore ogni 30,

per le persone non autosufficienti un operatore socio-sanitario (OSS) ogni 15 utenti e un accompagnatore ogni 30.

4. Esercizio delle funzioni di monitoraggio e di vigilanza delle strutture socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani

L’esercizio delle funzioni di monitoraggio e di vigilanza delle strutture socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani è attribuito – ai sensi dell’articolo 5, lettera b), della legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 – dalla Giunta regionale ad un “Organismo Multidisciplinare e Interistituzionale con compiti di vigilanza sui servizi residenziali e semiresidenziali per anziani di cui alla legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 e sulle case di riposo convenzionate e private”.

All’organismo di cui trattasi competono altresì gli obblighi discendenti dell’allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 2191 in data 7 agosto 2009 “Approvazione di nuove disposizioni in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, ai sensi della l.r. 5/2000 e successive modificazioni ed integrazioni”.

Oltre ai compiti di monitoraggio e di vigilanza, l'organismo svolge anche funzioni di supporto e di accompagnamento nella fase di applicazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi.

**SERVIZIO DI
ASSISTENZA DOMICILIARE
E
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Definizione e destinatari

Il Sistema degli interventi domiciliari comprende SAD e ADI e si propone di promuovere, mediante l'integrazione delle competenze professionali sanitarie e sociali disponibili nel Distretto socio sanitario, l'attuazione di programmi di cura e assistenza dedicati a soggetti di qualsiasi età, che necessitino di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo. L'assistenza erogabile al domicilio, a sostegno del nucleo familiare, favorisce il recupero e/o il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in struttura residenziale, anche ai fini del contenimento della spesa pubblica e di una sua razionalizzazione.

Il livello di bisogno *clinico, funzionale e sociale* è valutato attraverso idonei strumenti che consentono la definizione di un progetto assistenziale individualizzato (PRAI) o di un piano assistenziale individuale (PAI) e il conseguente impiego di risorse.

Possono essere destinatari dei servizi, indipendentemente dall'età e dalla situazione economica:

- 1) utenti non autosufficienti o con patologie in atto, indipendentemente dalla presenza di una rete familiare/amicale adeguata;
- 2) famiglie a favore delle quali può essere erogato il servizio domiciliare, anche con l'obiettivo di sostenere la cura e il benessere dei minori.

Obiettivi specifici

Sono obiettivi specifici dei servizi domiciliari:

- a) la cura e l'assistenza a persone le cui condizioni possono essere trattate efficacemente a domicilio, con particolare attenzione al miglioramento della qualità della vita;
- b) il sostegno alla famiglia dell'utente;
- c) la facilitazione nell'utilizzo dei presidi e degli ausili;
- d) l'attuazione di specifici percorsi assistenziali;

Modalità di erogazione dei servizi domiciliari

I servizi domiciliari sono erogati in modo integrato tra le varie figure professionali, sanitarie e assistenziali:

1. prestando attenzione alla persona con i suoi bisogni;
2. garantendo la centralità dei problemi del cittadino e non delle competenze delle singole istituzioni o strutture;
3. organizzando i servizi per obiettivi da raggiungere e non per prestazioni;
4. coinvolgendo diverse professionalità, sia sanitarie che sociali, con valorizzazione delle stesse;

5. adottando una metodologia di lavoro che utilizzi strumenti organizzativi integrati (riunioni di valutazione, di programmazione degli interventi, di verifica, individuazione e responsabilizzazione del referente familiare, cartella dell'utente, progetto assistenziale individualizzato (PRAI) o piano assistenziale individuale (PAI), referente del caso);
6. monitorando i guadagni di salute (efficacia) e l'economicità degli interventi effettuati.

SAD **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

Per **SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare** si intendono le prestazioni socio-assistenziali volte a supportare la permanenza dell'utente al proprio domicilio.

Comprende le prestazioni necessarie a singoli o famiglie in difficoltà per far fronte alle esigenze della vita quotidiana, conseguenti a limitazioni di autonomia, anche transitorie.

Il servizio deve poter essere fornito tutti i giorni della settimana in relazione al progetto assistenziale individualizzato (PRAI) del singolo utente.

Il SAD è attivato dall'Ente a seguito della presentazione della domanda e sulla base della valutazione dell'assistente sociale.

In relazione alla complessità assistenziale dell'utente, definita dal PRAI, il servizio può consistere in:

- a) interventi rivolti ad anziani e adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche
- b) igiene e cura della persona
- c) fornitura e/o supporto alla preparazione e/o assunzione pasto al domicilio
- d) compagnia e sostegno
- e) accompagnamento a visite mediche o a prestazioni ambulatoriali (a es. sedute di riabilitazione)
- f) interventi a favore di minori (accompagnamento, da effettuarsi secondo le modalità previste dal PRAI e, nel caso, con automezzi dotati di appositi seggiolini, attività di doposcuola, da effettuarsi in assenza dei genitori,)
- g) lavanderia
- h) igiene dell'ambiente
- i) spesa e piccole commissioni
- j) disbrigo pratiche (es. pagamento utenze varie, prenotazioni, ecc.)
- k) accompagnamento in attività ricreative

In particolare, gli interventi di cui al punto a) possono consistere in:

- alzata:
 - supporto per alzarsi o per spostarsi (da letto o carrozzina o altro)
 - igiene intima a letto e/o accompagnamento in bagno per l'igiene
 - controllo della cute, delle pieghe cutanee e prevenzione delle piaghe da decubito (con obbligo di segnalazione di problematiche di carattere sanitario)
 - igiene cavo orale, pulizia protesi, riordino capelli/barba
 - vestizione
 - supporto al riordino della camera e del bagno
 - aiuto per la preparazione e assunzione della colazione, se previsto
 - preparazione, somministrazione e/o controllo assunzione della terapia orale, se prevista
 - stimolo all'impegno e al miglioramento dell'autonomia residua
- rimessa a letto:
 - igiene intima in bagno o a letto

- igiene viso, mani e cavo orale rispettando e garantendo il mantenimento delle capacità residue
- vestizione con biancheria da letto
- posizionamento nel letto
- verifica condizioni della camera da letto
- preparazione, somministrazione e/o controllo assunzione della terapia orale, se prevista
- cura della persona:
 - passaggio letto carrozzina e viceversa (se necessario)
 - intervento di igiene, anche intima, a letto/o in bagno
 - cambio biancheria intima e abiti
 - cura di capelli, mani, unghie ecc.
 - riordino degli strumenti utilizzati, del bagno e della camera
 - stimolo all'impegno e al miglioramento dell'autonomia residuali
 - applicazione e pulizia di protesi/ortesi/tutori
- mobilizzazione:
 - mantenimento o recupero della funzionalità muscolo-scheletrica
 - stimolo al miglioramento/mantenimento delle autonomie residue
 - supporto all'utilizzo della statica e altri ausili
 - supporto nell'effettuare i movimenti
 - supporto negli spostamenti
- passaggi posturali:
 - stimolo al miglioramento/mantenimento delle autonomie residue
 - supporto nell'effettuare i movimenti
 - supporto negli spostamenti
- supporto nella preparazione e/o assunzione del pasto a domicilio
 - verifica della dispensa
 - stimolo alla scelta degli alimenti da cucinare
 - aiuto nello svolgimento delle varie fasi
 - stimolo della consapevolezza delle proprietà nutrizionali dei vari alimenti
 - supporto alla preparazione del tavolo
 - supporto all'assunzione del pasto
 - riordino di stoviglie e ambiente cucina
 - rimozione spazzatura

Negli interventi di media/alta complessità assistenziale, in base a quanto definito nel PRAI, il personale deve essere in possesso della qualifica di Operatore socio sanitario (OSS). Fino al 31 dicembre 2015 è ammesso l'impiego di personale in possesso di qualifica di assistente domiciliare e servizi tutelari (ADEST), in misura inferiore al 20% del totale del personale addetto alle prestazioni assistenziali in carico al soggetto che eroga le prestazioni.

Negli interventi rivolti a persone affette da particolari patologie, indipendentemente dalla loro età, è necessario adottare modalità di lavoro tali da garantire la costruzione di una relazione significativa e un'attenzione particolare ai tempi, alle resistenze e alle difficoltà che la persona stessa esprime. Dovrà inoltre essere individuato per ogni utente un operatore di

riferimento che rimanga certo e costante nel tempo. Queste modalità di lavoro dovranno essere concretizzate attraverso l'adozione di appositi protocolli operativi.

In caso di ricovero ospedaliero sul territorio regionale il servizio domiciliare è sospeso. Tuttavia, a favore di persone sole e in situazione di fragilità, è possibile mantenere, in accordo con l'assistente sociale responsabile del caso, un contatto con l'utente sia come vicinanza e supporto, sia per garantire il lavaggio della biancheria e il cambio della stessa.

In caso d'inserimento, temporaneo o definitivo, in struttura residenziale sul territorio regionale, il servizio domiciliare viene sospeso o cessato. Tuttavia, a favore di persone sole e in situazione di fragilità, in accordo con l'assistente sociale responsabile del caso, è possibile un'attività di accompagnamento alla collocazione in struttura (aiuto nella preparazione degli effetti personali, supporto psicologico, partecipazione dell'operatore di riferimento a riunione di presentazione, passaggio di informazioni, ecc...).

ADI **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Per **ADI - Assistenza domiciliare Integrata** - (così definita dalle DGR 4509/2004 e 3140/2009) s'intende qualsiasi tipo di assistenza domiciliare continuativa e programmata volta a mantenere la persona al proprio domicilio. L'ADI riguarda l'insieme di trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, sociali e assistenziali, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana e ritardare o evitare il ricovero ospedaliero e l'istituzionalizzazione e facilitare le dimissioni dall'ospedale o da altre strutture residenziali.

Nell'ambito dell'ADI è fondamentale l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio, pertanto nel caso di enti pubblici (Enti locali, Azienda USL della Valle d'Aosta e Regione) è necessaria la sottoscrizione di appositi protocolli di intesa tra gli enti erogatori delle prestazioni assistenziali e sanitarie, che disciplinino le relazioni tra le parti per assicurare il rispetto dei requisiti autorizzativi da parte di tutti i soggetti coinvolti.

L'ADI è organizzata su base distrettuale ed è coordinata dal Direttore di Distretto dell'Azienda USL della Valle d'Aosta. La responsabilità clinica dell'ADI è in capo al medico di assistenza primaria (MAP) ed al pediatra di libera scelta (PLS), mentre il coordinamento dell'équipe rimane in capo al servizio sociale o sanitario a seconda della tipologia di ciascun intervento.

Consiste nell'erogazione di almeno un'altra tipologia di intervento oltre a quella dell'assistenza primaria e pertanto prevede la presenza del MAP o del PLS e delle figure professionali sanitarie e sociali per:

- prestazioni di medici specialistici
- prestazioni infermieristiche
- prestazioni riabilitative
- azioni di supporto alla famiglia, sia attraverso il servizio sociale professionale sia del SAD, compresa l'eventuale trasmissione di competenze per il raggiungimento di un'autonomia gestionale degli interventi necessari all'utente preso in carico.

Le modalità di attivazione sono disciplinate dalla DGR 1040/2010 "Approvazione dell'istituzione sperimentale dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale nei quattro distretti socio-sanitari e nella città di Aosta, con decorrenza dal 1° luglio 2010".

In relazione alla complessità socio-sanitaria dell'utente, definita dal PAI, il servizio può consistere in prestazioni:

- a livello assistenziale basso: fino a tre accessi settimanali anche di diversi operatori, sanitari e sociali;
- a livello assistenziale medio: da 3 a 6 accessi settimanali anche di diversi operatori, sanitari e sociali;
- a livello assistenziale alto: da 7 a 10 accessi settimanali anche di diversi operatori, sanitari e sociali;
- di cure palliative: l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico palliatore, il medico di assistenza primaria o il pediatra di libera scelta che può effettuare fino a 5 accessi settimanali, da 7 a 12 accessi settimanali per i diversi operatori, sanitari e sociali.

Le prestazioni sanitarie e socio assistenziali occasionali non rientrano nella tipologia dell'ADI.

Per quanto riguarda la componente assistenziale si rimanda a quanto definito in precedenza relativamente agli standard specifici SAD.

Il servizio ADI cessa, oltre che sulla base di motivazioni cliniche per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, in caso di eventuali ricoveri in strutture o su richiesta motivata dell'interessato. Per l'ADI-CP (cure palliative), questa può proseguire anche durante il ricovero in strutture residenziali per facilitare l'intervento del medico palliatore.

**STANDARD ORGANIZZATIVI DEI
SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE - SAD E
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI**

	REQUISITO	SAD	ADI	NOTE
1	<i>Struttura e Tecnologie</i>			
1.1.	Esiste un piano di attività che consideri il volume atteso e la conseguente valutazione di congruità della dotazione di risorse umane, strutturali e strumentali.	richiesto ■	richiesto ■	
1.2	Esiste una sede del servizio anche in via non esclusiva, nella quale sono svolti compiti di: segreteria, raccolta dati, informazione e comunicazione, raccolta di suggerimenti e reclami per la gestione del servizio.	richiesto ■	richiesto ■	
1.3	La sede e i referenti del servizio sono facilmente raggiungibile dall'utente (es: disponibilità oraria, ubicazione, telefono, fax, posta elettronica, ecc...).	richiesto ■	richiesto ■	
1.4	La dotazione strumentale e tecnologica è adeguata all'attività svolta (segreteria telefonica, computer, stampante e collegamento internet)	richiesto ■	richiesto ■	
1.5	Sono presenti spazi per il colloquio individuale con utenti e/o familiari.	richiesto ■	richiesto ■	
1.6	Esiste uno spazio anche non esclusivo, per la ricezione/registrazione del materiale e una stanza arredata per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza.	non applicabile □	richiesto ■	
1.7	Sono presenti schedari chiusi per la conservazione delle cartelle degli utenti alla fine del processo.	richiesto ■	richiesto ■	
1.8	Esiste un inventario generale delle risorse tecnologiche e delle attrezzature a disposizione del servizio.	richiesto ■	richiesto ■	

	REQUISITO	SAD	ADI	NOTE
2	Mezzi di trasporto			
2.1	É disponibile un numero adeguato di autovetture anche ad uso non esclusivo per l'attività domiciliare attesa	richiesto ■	richiesto ■	
2.2	Il servizio è dotato di adeguati mezzi di trasporto per la consegna dei pasti a domicilio, se prevista	richiesto ■	non applicabile ■	
3	Materiali sanitari			
3.1	Il servizio dispone costantemente di adeguata dotazione di farmaci e presidi sanitari necessari al servizio minimo domiciliare.	non applicabile □	richiesto ■	
3.2	Sono presenti linee guida o procedure scritte per il trasporto di presidi (per garantirne sicurezza ed igiene).	richiesto □	richiesto ■	
3.3	Esiste una procedura per la gestione e gli acquisti dei dispositivi medici e materiale di consumo.	non applicabile □	richiesto ■	
3.4	Nella sede tutti i materiali, i farmaci e le confezioni soggette a scadenza riportano in evidenza la data della scadenza stessa.	non applicabile □	richiesto ■	
4	Risorse umane			
4.1	Il personale è in numero adeguato rispetto all'assistenza prevista dai PAI/PRAI in grado di garantire il livello d'assistenza stabilito.	richiesto ■	richiesto ■	
4.2	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari operatori in caso di assenza.	richiesto ■	richiesto ■	
4.3	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.	richiesto ■	richiesto ■	
4.4	Sono individuati coordinatori per le varie tipologie del servizio (sanitario e assistenziale), nonché un referente dei servizi con un impegno definito in rapporto al numero di operatori e di utenti.	richiesto ■	richiesto ■	
4.5	Esiste un programma di accoglienza per l'inserimento di nuovi operatori nel servizio che comprende informazioni su procedure e obiettivi.	richiesto ■	richiesto ■	
4.6	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane, che comprendano anche svolgimento di formazione specifica sulle problematiche delle diverse tipologie di utenza del servizio.	richiesto ■	richiesto ■	
	REQUISITO	SAD	ADI	NOTE
4.7	E' redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale.	richiesto ■	richiesto ■	

4.8	L'attività formativa degli operatori effettivamente svolta è documentata in una relazione annuale.	richiesto ■	richiesto ■	
4.9	Il personale è periodicamente formato sull'individuazione, la segnalazione, la prevenzione, la gestione dei rischi.	richiesto ■	richiesto ■	
4.10	E' garantita l'attività del servizio per 7 giorni alla settimana, se richiesto dal PRAI/PAI.	richiesto ■	richiesto ■	
4.11	Gli operatori sono facilmente identificabili dagli utenti (tesserino con foto.....).	richiesto ■	richiesto ■	
5	Sistema informativo			
5.1	E' in uso presso la sede operativa un programma specifico per l'organizzazione dell'assistenza.	richiesto ■	richiesto ■	
5.2	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi a livello regionale.	richiesto ■	richiesto ■	
6	Processi			
6.1	È garantita la partecipazione degli operatori coinvolti ai lavori dell'équipe multiprofessionale per la gestione del PRAI/PAI.	richiesto ■	richiesto ■	
6.2	È garantita la conoscenza, per ciascun utente, della scheda di valutazione iniziale e delle successive modifiche da parte di tutti gli operatori interessati al caso.	richiesto ■	richiesto ■	
6.3	Sono garantiti tempi adeguati per la presa in carico dal momento della definizione del progetto/piano assistenziale (preferibilmente entro cinque giorni lavorativi).	richiesto ■	richiesto ■	
6.4	E' predisposta per ogni utente una cartella da lasciare al domicilio la dove possibile.	richiesto ■	richiesto ■	
6.5	Sono adottate pratiche uniformi e procedure scritte per la tenuta della cartella domiciliare sia durante la prestazione del servizio che alla sua cessazione (archiviazione).	richiesto ■	richiesto ■	
6.6	La cartella domiciliare è compilata in tutte le sue parti per ciascun utente, a ogni accesso e firmata dai vari operatori e dall'utente (o chi per esso), e prevede: - prestazioni effettuate - indicazione di eventuali farmaci somministrati; - reazioni avverse o anomale osservate - eventuali osservazioni/comunicazioni di carattere sociale e/o familiare.	richiesto ■	richiesto ■	
	REQUISITO	SAD	ADI	NOTE
6.7	Sono adottate pratiche uniformi e procedure scritte riguardo al consenso informato.	richiesto ■	richiesto ■	

6.8	Sono adottate pratiche uniformi e linee-guida o procedure scritte per quanto riguarda i comportamenti da seguire nel caso in cui una persona segnalata rifiuti un servizio	richiesto ■	richiesto ■	
6.9	Per ciascun utente é formulato ed è documentato il progetto assistenziale individualizzato (PRAI) / piano di assistenza individualizzato (PAI), che, per ogni bisogno/problema individuato, specifica: - obiettivi e tipologia dell'intervento - qualifica degli operatori ed intensità dell'assistenza - indirizzi terapeutici, necessità di ausili e presidi - eventuali consulenze specialistiche, eventuali accertamenti diagnostici a domicilio - eventuali interventi extra domiciliari programmati.	richiesto ■	richiesto ■	
6.10	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'utente è accompagnato dalla documentazione sanitaria presente al domicilio dell'utente.	richiesto □	richiesto ■	
6.11	Per ciascun utente sono periodicamente formulate e documentate le valutazioni successive e le rivalutazioni complete del PRAI/PAI	richiesto ■	richiesto ■	
6.12	Esistono evidenze e documentazioni che le variazioni al PRAI/PAI sono concordate tra gli operatori.	richiesto ■	richiesto ■	
6.13	Vi sono pratiche uniformi e procedure per quanto riguarda le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nella formulazione e revisione del PRAI/PAI	richiesto ■	richiesto ■	
6.14	E' prevista una procedura per la conclusione del servizio per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali o il passaggio ad altro livello assistenziale	richiesto ■	richiesto ■	
6.15	Sono presenti procedure formalizzate per lo scambio di informazioni tra operatori e soggetti erogatori al fine di segnalare particolari nodi critici.	richiesto ■	richiesto ■	
6.16	Esistono linee guida relative alla modalità di contatto con gli utenti e di comportamento presso il loro domicilio, compreso il rispetto della privacy	richiesto ■	richiesto ■	
	REQUISITO	SAD	ADI	NOTE
7	Gestione dei rischi			
7.1	Tutti gli operatori hanno coperture assicurative secondo la normativa vigente	richiesto ■	richiesto ■	
7.2	Sono adottate procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza a domicilio (punture da aghi, traumi dovuti alla mobilitazione dei pazienti o allo spostamento delle attrezzature).	richiesto ■	richiesto ■	
7.3	Sono forniti i DPI necessari in relazione alle mansioni	richiesto	richiesto	

	svolte (guanti, camici, mascherine..)	■	■	
8	Rilevazione della soddisfazione dell'utenza e comunicazione			
8.1	È disponibile apposita modulistica per la gestione dei reclami	richiesto ■	richiesto ■	
8.2	È disponibile apposita modulistica per rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei loro familiari	richiesto ■	richiesto ■	
8.3	Periodicamente sono organizzati incontri con gli utenti e/o i familiari finalizzati al miglioramento del servizio	richiesto ■	richiesto ■	