

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Laurent VIERIN

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 12 marzo 2018

In Aosta, il giorno dodici (12) del mese di marzo dell'anno duemiladiciotto con inizio alle ore otto e due 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 Laurent VIERIN

e gli Assessori

Emily RINI - Vice-Presidente

Mauro BACCEGA

Luigi BERTSCHY

Jean-Pierre GUICHARDAZ

Aurelio MARGUERETTAZ

Alessandro NOGARA

Renzo TESTOLIN

Si fa menzione che l'Assessore Emily RINI lascia la seduta alle ore 8.22 dopo l'approvazione della deliberazione n. 272.

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

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **267** OGGETTO :

APPROVAZIONE DELLE DIRETTIVE ALL'AUSL PER L'ISTITUZIONE DELLA RETE DI SERVIZI PER IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI COGNITIVI E/O DEMENZA E DEI REQUISITI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIE NEI NUCLEI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA, E DELLE RELATIVE TARIFFE. MODIFICAZIONI ALLA DGR 495/2017, PARZIALE REVOCA DELLE DGR 2050/2011 E 876/2013 E REVOCA DELLE DGR 2419/2006, 1030/ 2007 E 3745/2007.

LA GIUNTA REGIONALE

- a) visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989 “Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali” e, in particolare, il Criterio n. 4 - Organizzazione “per nuclei” dell'Allegato A, che recita “*L'organizzazione «per nuclei» consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo, salvaguardando per tutti gli aspetti di riservatezza personale e, nel contempo, offrendo occasioni di socializzazione spontanea all'interno del nucleo, nelle relazioni tra nuclei e nei contatti con i fruitori esterni del Centro servizi a ciclo diurno, di cui la residenza deve essere possibilmente dotata*”;
- b) visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, e, in particolare, gli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater, i quali disciplinano che le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture che erogano prestazioni o esercitano attività sanitarie;
- c) visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- d) visto il decreto ministeriale 20 luglio 2000 “Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia Alzheimer”, il quale ha disciplinato l'istituzione da parte delle regioni e delle province autonome delle Unità di valutazione per il monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer (UVA);
- e) visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, ed in particolare l'articolo 30 (Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti) che prevede:
- e.1_al comma 1: l'erogazione, previa valutazione multidimensionale e presa in carico di:
- trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. La durata del trattamento estensivo di norma non supera i sessanta giorni;
 - trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti;
- e.2_al comma 2: che i trattamenti di cui al comma 1 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per quanto concerne quelli estensivi, mentre i trattamenti di lungoassistenza sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera;
- f) visti i seguenti Accordi sanciti tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane:
- in data 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU) sul documento recante “Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;

- in data 26 ottobre 2017 (Rep atti n. 130/CU) sui documenti recanti: “Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze” e “Linee di indirizzo nazionali sull’uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”;

g) viste le leggi regionali:

- 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio socio-sanitario e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”;
- 23 dicembre 2004, n. 34 “Disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, trasformate ai sensi dell’articolo 37 della legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21 (Legge finanziaria per gli anni 2004/2006). Abrogazione della legge regionale 12 luglio 1996, n. 18”;
- 25 ottobre 2010, n. 34 “Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013”;
- 23 luglio 2010, n. 23 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali” e, in particolare, l’articolo 19 (Contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative) il quale, disciplinando i requisiti di residenza per la concessione, prevede l’erogazione di *“contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative pubbliche o private a favore di persone non autosufficienti, affette da gravi patologie invalidanti, che non possono permanere al loro domicilio, al fine di garantire alle medesime un’adeguata assistenza”*;

h) richiamate le deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 2419 in data 25 agosto 2006, recante “Approvazione di nuovi requisiti organizzativi minimi per l’esercizio di attività socio-sanitarie nell’ambito di strutture pubbliche e private destinate alla cura delle persone affette da morbo di Alzheimer, ai sensi dell’art. 38 della l.r. 25.1.2000, n. 5 e della D.G.R. in data 21.6.2004, n. 2103. Revoca delle deliberazioni della Giunta regionale n. 1533/2003 e n.1796/2004”;
- n. 1030 in data 20 aprile 2007, recante “Approvazione di modificazioni ai requisiti organizzativi minimi per l’esercizio di attività socio-sanitarie nell’ambito di strutture pubbliche e private destinate alla cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer, approvato con DGR 2419/2006, ai sensi dell’articolo 38 della legge regionali 25 gennaio 2000, n. 5 e della deliberazione della Giunta regionale in data 21 giugno 2004 n. 2103”;
- n. 3745 in data 21 dicembre 2007, recante “Approvazione di modificazioni, con decorrenza 1.1.2008, ai requisiti organizzativi minimi per l’esercizio di attività socio-sanitarie nell’ambito di strutture pubbliche e private destinate alla cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer, approvati con DGR 2419/2006 e modificati con DGR 1030/2007, ai sensi dell’articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e della deliberazione della Giunta regionale in data 21 giugno 2004, n. 2013”;
- n. 52 in data 15 gennaio 2010, recante “Approvazione di nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati e del relativo manuale, ai sensi della l.r. 5/2000. Revoca della DGR 1232 in data 26 aprile 2004”;
- n. 2050 in data 2 settembre 2011, recante “Approvazione delle direttive e dell’erogazione dei finanziamenti all’Azienda pubblica di servizi alla persona G.B. Festaz di Aosta per lo svolgimento di attività socio-assistenziali e socio-sanitarie di

interesse regionale per l'anno 2011 e fino all'approvazione di nuove disposizioni, ai sensi della l.r. 34/2001. Modifica e impegno di spesa”;

- n. 266 in data 22 febbraio 2013, recante “Modifica a sanatoria dal 01/01/2013, a seguito di fusione della Soc. Vivere S.r.l. di Castellazzo Bormida (AL) nella Soc. Edos S.p.A. di Gattatico (RE), delle autorizzazioni e dell'accreditamento rilasciati con DGR 637/2008 e 638/2008 modificate dalla DGR 1897/2009 e con DGR 507/2011, per l'esercizio di attività socio-sanitarie e socio-assistenziali in una struttura sita in comune di Donnas. Approvazione dei relativi rinnovi per un periodo di cinque anni, ai sensi delle DGR 2191/2009 e 52/2010”;
- n. 876 in data 17 maggio 2013, recante “Modificazioni degli allegati A e C alla DGR n. 2050 in data 2 settembre 2011 concernente l'approvazione delle direttive e dell'erogazione dei finanziamenti all'Azienda pubblica di servizi alla persona "Casa di riposo G. B. Festaz" di Aosta per lo svolgimento di attività socio-assistenziali e socio-sanitarie di interesse regionale. Impegno di spesa”;
- n. 866 in data 20 giugno 2014 recante “Approvazione dei criteri e delle modalità per l'erogazione dei contributi di cui al capo IV (Interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) della l.r. 23/2010 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale”. Revoca della DGR 1553/2011”, come modificata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1311 in data 30 settembre 2016 recante “Approvazione della parziale modifica dei criteri per l'erogazione dei contributi ai sensi dell'art. 19 di cui al capo IV (Interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) della l.r. 23/2010 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale”. Sostituzione dell'allegato B alla DGR 866/2014”;
- n. 1108 in data 19 agosto 2016, recante “Approvazione di nuove disposizioni in materia di realizzazione di strutture ed esercizio di attività in ambito sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo, ai sensi della l.r. 5/2000 con decorrenza dal 01/01/2017. Revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 1362/2013”;
- n. 346 in data 24 marzo 2017, recante “Rinnovo dell'accreditamento, rilasciato all'A.P.S. “Casa di riposo J.B. Festaz” di Aosta, della struttura socio-sanitaria sita in comune di Aosta destinata a nucleo residenziale alzheimer (10 posti), nucleo U.A.P. (8 posti) e R.S.A. (12 posti), per un periodo di cinque anni, ai sensi della DGR 52/2010”;
- n. 495 in data 21 aprile 2017, recante “Revisione delle modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) rinominata in Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.D.). Gestione delle graduatorie per l'accesso ai servizi e avvio della sperimentazione della piattaforma gestionale informatizzata a decorrere dall'anno 2017. Revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 1040 in data 16/4/2010” e, in particolare, i seguenti punti del dispositivo:
 - 6), che prevede l'istituzione di una graduatoria unica regionale per gli inserimenti in strutture protette e per gli inserimenti nelle strutture/nuclei per demenze (compreso Alzheimer), derivante dai punteggi attribuiti a seguito delle valutazioni effettuate in sede di UVMD, elaborata dalla Struttura competente dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
 - 10), che prevede, tra l'altro, la competenza dell'UVMD in ordine all'attivazione degli inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze;
- n. 1671 in data 27 novembre 2017, recante “Approvazione, con decorrenza dal 1° gennaio 2019, di nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e delle attività in ambito sanitario e sociale svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati, ai sensi della l.r. 5/2000. Revoca delle DGR 52/2010 e 496/2016”;

- n. 219 in data 26 febbraio 2018, recante “Approvazione di indirizzi ed obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi ed assegnazione del finanziamento all’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta ai fini della definizione dell’accordo di programma 2018 e dell’adozione del bilancio preventivo economico annuale per l’anno 2018 e per l’anno 2018. Prenotazione di spesa”;
- i) dato atto delle seguenti deliberazioni del Direttore Generale dell’Azienda USL della Valle d’Aosta:
- n. 1409 del 20 dicembre 2017, recante “Approvazione, per l’anno 2018, del rinnovo degli accordi contrattuali con l’A.P.S. J.B. Festaz per la gestione di una R.S.A. (12 posti) e annessa U.A.P. (8 posti) e per la gestione del nucleo Alzheimer (10 posti)”;
 - n. 1413 del 20 dicembre 2017, recante “Approvazione del rinnovo, per l’anno 2018, dell’accordo contrattuale con la Società Edos S.r.l. per la gestione del servizio residenziale per malati di Alzheimer di Donnas”;
- j) dato atto che, secondo quanto riportato nell’accordo in data 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU), di cui alla lettera f):
- *“le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewy, forme miste, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono l’attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione generale queste patologie stanno diventando, e lo saranno sempre più, un problema rilevante in termini di sanità pubblica”;*
 - *“la demenza di Alzheimer rappresenta circa il 60% di tutte le demenze”;*
- k) ritenuto quindi necessario adeguare l’offerta di strutture residenziali socio-sanitarie per demenze e le rispettive tariffe alle previsioni recate dal DPCM 12/01/2017;
- l) preso atto che ai sensi dell’art. 30 del DPCM 12/01/2017, per i trattamenti di lungo assistenza gli utenti sono chiamati a partecipare alla spesa per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera e che, nel caso ne ricorrerono le condizioni, possono richiedere di usufruire degli interventi di assistenza economica di cui all’art. 19 (Contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative) della l.r. 23/2010;
- m) ritenuto necessario stabilire che l’inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali, di cui alla presente deliberazione, è subordinato all’iscrizione al SSR e, allorquando gli utenti non siano residenti in Valle d’Aosta, l’inserimento deve essere preventivamente autorizzato dall’Azienda sanitaria locale di residenza, alla quale dovranno essere addebitate direttamente le relative rette;
- n) considerato che la dirigente della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari propone di approvare i requisiti organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio di attività socio-sanitarie nell’ambito di strutture residenziali e semi residenziali destinate a pazienti affetti da demenza, e le relative tariffe, ai sensi dell’articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e della deliberazione della Giunta regionale n. 1108 in data 19 agosto 2016, riportati nell’allegato B alla presente deliberazione;
- o) dato atto che attualmente sul territorio regionale risultano autorizzate e accreditate due strutture residenziali per malati di Alzheimer:
- la Casa di riposo G.B. Festaz/Maison de repos J.B. Festaz di Aosta per n. 10 posti (DGR 346/2017);

- la Casa Domus Pacis di Donnas per n. 17 posti (DGR 266/2013);
- p) preso atto che la Struttura regionale competente ritiene:
- che i posti autorizzati e accreditati di cui alla lettera o) siano al momento adeguati ai fabbisogni regionali, anche in considerazione della valutazione tecnico-economica per una eventuale rivalutazione dei fabbisogni trasmessa dall'Azienda USL della Valle d'Aosta, alla quale è in capo la richiesta di rivalutazione dei fabbisogni (nota n. 50970 del 23/05/2013, acquisita al protocollo con il n. 24667/ASS del 31/05/2013), secondo la quale *“si ritiene opportuno non procedere ad un incremento di strutture erogatrici di servizi sanitari, in assenza di una approfondita analisi dei bisogni di salute della popolazione assistita”*;
 - necessario che le strutture di cui alla lettera o) adeguino i propri standard organizzativi a quanto definito nell'allegato B alla presente deliberazione;
 - opportuno rinviare a successiva comunicazione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta la valutazione dei fabbisogni in strutture semi-residenziali ai fini di procedere, nel caso di presentasse la necessità, all'accreditamento di posti in strutture private sul territorio regionale;
- q) dato atto che in data 29 gennaio 2018 le competenti Strutture dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali hanno condiviso con i privati gestori delle strutture residenziali attualmente autorizzate e accreditate il nuovo sistema di classificazione delle strutture, comprensivo della definizione dei relativi requisiti e delle collegate tariffe giornaliere, di cui all'allegato B alla presente deliberazione;
- r) considerato che la dirigente della competente Struttura sanità ospedaliera, territoriale e personale sanitario, ai fini del recepimento degli accordi di cui alla lettera f) in data 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU) e in data 26 ottobre 2017 (Rep atti n. 130/CU), previe intese con l'Azienda USL della Valle d'Aosta:
- ritiene necessario modificare l'attuale processo organizzativo di presa in carico e valutazione multidimensionale degli assistiti affetti da disturbi cognitivi e demenza, stabilendo l'istituzione del Centro regionale per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD);
 - propone di modificare la sopra richiamata deliberazione 495/2017, prevedendo che la competenza in ordine agli inserimenti presso le strutture/nuclei residenziali per demenze sia propria del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), che dovrà operare in raccordo con l'U.V.M.D., sia immediatamente dopo l'inserimento, per la comunicazione dei dati degli utenti inseriti e la compilazione delle relative schede S.V.A.M.A. ai fini della registrazione sulla piattaforma gestionale informatizzata, sia all'atto delle dimissioni per l'eventuale inserimento dell'utente in altro setting assistenziale;
- s) ritenuto quindi necessario, su proposta della Struttura sanità ospedaliera, territoriale e personale sanitario, approvare le direttive all'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta, secondo quanto riportato nell'allegato A alla presente deliberazione, che:
- istituiscono la rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e definiscono l'applicazione dei P.D.T.A., per i quali è demandato all'Azienda USL della Valle d'Aosta l'aggiornamento e l'adeguamento a quanto disposto dal documento *“Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze”* di cui all'Accordo sancito tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane in data 26 ottobre 2017 (Rep atti n. 130/CU);
 - definiscono la composizione e l'organizzazione del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), che va a sostituire le Unità di Valutazione per l'Alzheimer;

- t) ritenuto opportuno, considerata la complessità degli interventi destinati ai disturbi cognitivi e alle demenze e su proposta della Struttura regionale competente, istituire un tavolo permanente di monitoraggio sulla materia, composto da rappresentanti dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e delle associazioni dei familiari dei pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi;
- u) valutato opportuno, su proposta delle Strutture regionali competenti, stabilire un cronoprogramma delle azioni che devono essere intraprese per dare attuazione a quanto disposto dalla presente deliberazione, che decorre dalla data di approvazione di quest'ultima:
- u.1_ entro 30 giorni:
1. l'Azienda USL della Valle d'Aosta deve rivalutare i pazienti attualmente inseriti nelle strutture di cui alle DDG richiamate alla lettera i), al fine di definire se il loro bisogno assistenziale rientra nei trattamenti TD1 o TD2 di cui all'allegato B oppure richiede il trasferimento in un diverso percorso assistenziale in struttura o a domicilio;
 2. le strutture attualmente accreditate di cui alla lettera o) devono presentare alla Struttura regionale competente in materia di qualità una dichiarazione con la quale si impegnano ad adeguare, entro 2 mesi dalla data della presente deliberazione, la struttura e le attività svolte nel rispetto dei requisiti strutturali e organizzativi di cui all'allegato B;
- u.2_ entro 60 giorni:
3. a seguito della dichiarazione di cui al sopra richiamato punto 2. le strutture accreditate presentano alla Struttura regionale competente in materia di qualità una autocertificazione di avvenuto adeguamento agli standard di cui all'allegato B alla presente deliberazione; tale struttura provvederà d'ufficio, entro 30 giorni dalla consegna dell'autocertificazione, alla modifica dell'autorizzazione e dell'accreditamento con apposita deliberazione della Giunta regionale e entro 15 giorni dall'approvazione di tale deliberazione, l'Azienda USL della Valle d'Aosta adeguerà le convenzioni di cui alla lettera i), in applicazione di quanto disposto dalla presente deliberazione, anche relativamente alle nuove tariffe;
 4. l'Azienda USL della Valle d'Aosta da attuazione alle direttive di cui alla lettera s) e all'allegato A alla presente deliberazione;
- u.3_ entro 6 mesi la Struttura sanità ospedaliera, territoriale e personale sanitario deve riunire e dare avvio alle attività del tavolo di monitoraggio di cui alla lettera t);
- v) preso atto che la competente Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario ha stimato in euro 249.756,61 IVA 5% inclusa, la maggiore spesa annuale a carico del Servizio Sanitario Regionale derivante dalla nuova definizione delle tariffe delle residenze per demenze, come definite dall'articolo 11 dell'allegato B alla presente deliberazione, con l'applicazione delle quote di compartecipazione da parte degli utenti stabilite dall'art. 30 del DPCM 12/01/2017, calcolata nel modo seguente:
- tariffa per il trattamento estensivo che può durare al massimo 60 giorni ed è a totale carico del SSR: $152 \text{ €} * 60 \text{ gg} = 9.120,00 \text{ €}$ costo/annuo a utente;
 - tariffa per il trattamento lungo assistenziale: $128 \text{ €} * 305 \text{ (365-60) gg} = 39.040,00 \text{ €}$, di cui il 50 % è a carico dell'utente con una spesa annuale a carico del SSR di 19.520,00 €;
 - il costo annuale a carico del SSR a posto letto, ipotizzando 60 gg in ricovero estensivo e i restanti in lungodegenza come sopra calcolati, per ciascun paziente inserito in struttura risulta essere di 28.640,00 €, determinando una spesa totale - con riferimento ai 27 posti letto attualmente accreditati - pari a 773.280,00 € (con IVA 5%=811.944,00 €);

- considerato che nel 2017 la spesa per il finanziamento delle strutture residenziali per i pazienti affetti da Alzheimer è stata di 562.187,39 €, il maggiore onere a carico del SSR è stimato annualmente in 249.756,61 €, IVA 5% inclusa;

- w) dato atto che la maggiore spesa di cui alla lettera v) troverà copertura nell'ambito del trasferimento ordinario all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, considerato che per l'anno 2017 l'Azienda USL ha ad oggi consuntivato, con riferimento agli inserimenti nelle strutture socio-sanitarie da privato accreditato, una spesa totale di euro 1.900.000 (nota in data 18 dicembre 2017, protocollo regionale n. 39458) a fronte di un tetto massimo di spesa di euro 2.200.000 previsto dalla DGR 55/2017 (allegato C, sub-allegato 5), da cui si può presumere una capienza di spesa anche sull'annualità 2018, in quanto tale tetto massimo di spesa è stato mantenuto inalterato dalla DGR 219/2018 relativa agli indirizzi all'Azienda USL per l'anno 2018, ai sensi dell'art. 7 della l.r. 5/2000, così come comunicato dalla Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario alla Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari con nota n. 2253 in data 18 gennaio 2018;
- x) richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1853 in data 28 dicembre 2017 concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2018/2020 e delle connesse disposizioni applicative;
- y) visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla Dirigente della Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario e dalla Dirigente della Struttura regionale Finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Luigi BERTSCHY;
- ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di approvare le direttive all'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta per l'istituzione della rete dei servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza, secondo quanto riportato nell'allegato A alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale, che:
 - 1.1 istituiscono la rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza;
 - 1.2 definiscono l'applicazione dei P.D.T.A. previsti dal documento "Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze" di cui all'Accordo sancito tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane in data 26 ottobre 2017 (Rep atti n. 130/CU), sulla base del quale è demandata all'Azienda USL della Valle d'Aosta l'aggiornamento e l'adeguamento di quello in uso;
 - 1.3 definiscono la composizione e l'organizzazione del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), che sostituisce le Unità di Valutazione per l'Alzheimer;
2. di approvare i requisiti organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali destinate a pazienti affetti da demenza, e le relative tariffe, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e della deliberazione della Giunta regionale n. 1108 in data 19 agosto 2016, riportati nell'allegato B alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che, ai sensi dell'art. 30 del DPCM 12/01/2017, per i trattamenti di lungo assistenza gli utenti sono chiamati a partecipare alla spesa per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera e che, nel caso ne ricorreranno le condizioni, i medesimi possono accedere agli interventi di assistenza economica di cui all'art. 19 (Contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative) della l.r. 23/2010;
4. di stabilire che l'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla presente deliberazione è subordinato all'iscrizione al SSR e, allorquando gli utenti non siano residenti in Valle d'Aosta, l'inserimento deve essere preventivamente autorizzato dall'Azienda sanitaria Locale di residenza, alla quale dovranno essere addebitate direttamente le relative rette;
5. di istituire un tavolo permanente di monitoraggio sulla materia, composto da rappresentanti dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e delle associazioni dei familiari dei pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi;
6. di stabilire il seguente cronoprogramma delle azioni che devono essere intraprese per dare attuazione a quanto disposto dalla presente deliberazione, che decorre dalla data della sua approvazione:
 - 6.1_ entro 30 giorni:
 - a. l'Azienda USL della Valle d'Aosta deve rivalutare i pazienti attualmente inseriti nelle strutture di cui alle DDG richiamate alla lettera i) delle premesse, al fine di definire se il loro bisogno assistenziale rientra nei trattamenti TD1 o TD2 di cui all'allegato B oppure richiede il trasferimento in un diverso percorso assistenziale in struttura o a domicilio;
 - b. le strutture attualmente accreditate di cui alla lettera o) delle premesse devono presentare alla Struttura regionale competente in materia di qualità una dichiarazione con la quale si impegnano ad adeguare, entro 2 mesi dalla data della presente proposta di deliberazione, la struttura e le attività svolte nel rispetto dei requisiti strutturali e organizzativi di cui all'allegato B;
 - 6.2_ entro 60 giorni:
 - c. a seguito della dichiarazione di cui al sopra richiamato punto b. le strutture accreditate presentano alla Struttura regionale competente in materia di qualità una autocertificazione di avvenuto adeguamento agli standard di cui all'allegato B alla presente deliberazione; tale Struttura provvederà d'ufficio, entro 30 giorni dalla consegna dell'autocertificazione, alla modifica dell'autorizzazione e dell'accreditamento con apposita deliberazione della Giunta regionale; e entro 15 giorni dall'approvazione di tale deliberazione, l'Azienda USL della Valle d'Aosta adeguerà le convenzioni di cui alla lettera i), in applicazione di quanto disposto dalla presente deliberazione, anche relativamente alle nuove tariffe;
 - d. l'Azienda USL della Valle d'Aosta da attuazione alle direttive di cui al punto 1) contenute nell'allegato A alla presente deliberazione
 - 6.3_ entro 6 mesi la Struttura sanità ospedaliera, territoriale e personale sanitario deve riunire e dare avvio alle attività del tavolo di monitoraggio di cui al punto 5);

7. di rinviare a successiva comunicazione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta la valutazione dei fabbisogni con riferimento alle strutture semi-residenziali in parola ai fini di procedere, nel caso se ne presentasse la necessità, all'accreditamento di posti in strutture private sul territorio regionale e di rinviare ad una successiva deliberazione della Giunta regionale la definizione dei progetti assistenziali per il mantenimento al proprio domicilio delle persone affette da demenza;
8. di modificare la deliberazione della Giunta regionale n. 495 in data 21 aprile 2017 come di seguito specificato:
 - al punto 6) del dispositivo, sopprimendo le parole “e per gli inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer)”;
 - al punto 10) del dispositivo, spostando gli inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer) dall'elenco delle attivazioni obbligatorie all'elenco delle prese d'atto e registrazione;
 - i punti 3.1 (*Servizi e interventi per i quali è necessaria l'attivazione dell'UVMD*) e 3.2 (*Servizi e interventi per i quali è necessaria la presa d'atto e registrazione da parte dell'UVMD*) dell'Allegato, spostando dal primo al secondo gli inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer);
 - il punto 5.5 (Esito dell'UVMD) dell'Allegato, sostituendo il punto “inserimento nucleo Alzheimer” con “presa d'atto e registrazione inserimenti in nucleo residenziale per demenze”;
 - il punto 5.6 (Graduatorie), eliminando il punto “per demenze”;
9. di revocare, a far data dal 13 aprile 2018:
 - le deliberazioni della Giunta regionale n. 2419 in data 25 agosto 2006, n. 1030 in data 20 aprile 2007 e n. 3745 in data 21 dicembre 2007;
 - l'allegato C) “Direttive all'Azienda pubblica di servizi alla persona “G.B. Festaz” di Aosta per il periodo di validità delle convenzioni con l'Azienda USL per la gestione dei servizi RSA/UAP per l'esercizio di attività socio-sanitarie destinata a nucleo residenziale per la cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer” della deliberazione della Giunta regionale n. 2050 in data 2 settembre 2011;
 - la lettera b) del punto 1) del dispositivo della deliberazione della Giunta regionale n. 876 in data 17 maggio 2013, che aveva apportato la seguente modifica all'allegato C) della DGR 2050/2011: “*il terzo paragrafo del punto 1 (Nucleo residenziale destinato alla cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer) dell'Allegato C (Direttive all'Azienda pubblica di servizi alla persona “G.B. Festaz” di Aosta per il periodo di validità delle convenzioni con l'Azienda USL per la gestione dei servizi RSA/UAP per l'esercizio di attività socio-sanitarie destinata a nucleo residenziale per la cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer) è sostituito dal seguente: “Il nucleo residenziale, destinato alla cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer, deve garantire 20 posti letto”;*”;
10. di dare atto, sulla base di quanto evidenziato in premessa, che la spesa annuale presunta nascente da quanto disposto dalla presente deliberazione, stimata dalla Struttura competente in euro 249.756,61, IVA 5% inclusa, troverà copertura, tenuto conto delle precisazioni di cui al punto w. delle premesse, nell'ambito del trasferimento ordinario all'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, non determinando, quindi ulteriori oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
11. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta monitori costantemente l'utilizzo delle strutture autorizzate e accreditate ai sensi della presente deliberazione e trasmetta, entro il 30 aprile di ogni anno, apposita relazione alla Struttura regionale competente;

12. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa, per i successivi adempimenti di competenza, al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta e alle strutture residenziali e semiresidenziali, autorizzate e accreditate, destinate a pazienti affetti da demenza;
13. di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata sul sito internet della Regione autonoma Valle d'Aosta.

SG-KV/

DIRETTIVE ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA, PER L'ISTITUZIONE DELLA RETE DI SERVIZI PER IL TRATTAMENTO E L'ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI COGNITIVI E/O DEMENZA

Art. 1. DEFINIZIONI

1. La demenza è una malattia cronico degenerativa ed è caratterizzata da una progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, da disturbi del comportamento e dal danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza, portandola a determinare una delle maggiori cause dei disabilità.
2. La rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi è il sistema integrato in grado di garantire la diagnosi, la presa in carico, la continuità assistenziale e il corretto approccio alla persona e alla sua famiglia, nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di cure e di setting assistenziali. La rete è costituita da:
 - Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD);
 - diversi reparti ospedalieri coinvolti;
 - nuclei residenziali e semi residenziali;
 - medici di assistenza primaria;
 - servizi di assistenza domiciliare integrata.
3. Il CDCD è un centro specialistico che effettua la presa in carico delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e ottempera alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'AIFA, costituendo il centro unico di accesso per i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali relativi alle persone affetti da disturbi cognitivi e/o demenza.
4. Le strutture residenziali e semiresidenziali destinate a pazienti affetti da demenza sono meglio specificate nell'allegato B alla presente deliberazione della Giunta regionale e sono le strutture extra ospedaliere in cui vengono inseriti i pazienti durante il loro percorso terapeutico e assistenziale, dopo valutazione da parte del CDCD e condivisione con l'Unità di Valutazione Multi Dimensionale (UVMD) di cui alla DGR 495/2017.

Art. 2. OBIETTIVI

1. Aumentare le conoscenze di popolazione e professionisti circa la prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza delle persone con disturbi cognitivi e demenze;
2. creare una rete integrata di servizi per le persone con disturbi cognitivi e demenze;
3. individuare ed attuare strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure;
4. aumentare la consapevolezza e ridurre lo stigma, al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Art. 3. AZIONI DELL'AZIENDA USL

L'Azienda USL della Valle d'Aosta:

1. struttura la rete di servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi;
2. istituisce un Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), che sostituisce le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), e va a costituire il punto unico di accesso alla rete integrata;

3. definisce e approva con propri atti formali il P.D.T.A. relativo alle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza elaborato dal CDCD, nel rispetto delle “Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze” approvate con Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sottoscritta in data 26 ottobre 2017 (repertorio n. 130/CU), e ne garantisce il periodico aggiornamento e l’applicazione da parte di tutti i componenti della rete assistenziale regionale;
4. definisce i criteri di inserimento nei nuclei estensivi e di lungo assistenza delle strutture residenziali e semiresidenziali e di dimissione dalle stesse, con particolare attenzione alla composizione e utilizzo delle liste di attesa, sentita anche, se del caso, l’Unità di Valutazione Multi Dimensionale;
5. si convenziona con le singole strutture che costituiscono la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali per le persone affette da disturbi cognitivi, secondo i fabbisogni identificati e con le caratteristiche di cui all’allegato B della presente deliberazione della Giunta regionale;
6. assicura il necessario raccordo tra il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) e l’Unità di Valutazione Multi Dimensionale di cui alla DGR 495/2017, nelle fasi di seguito specificate:
 - in sede di inserimento nelle strutture/nuclei per demenze: ai fini della trasmissione dei dati degli utenti inseriti per la loro registrazione, da parte dell’UVMD, sulla piattaforma gestionale informatizzata;
 - in sede di dimissioni dalle strutture/nuclei per demenze: ai fini di una valutazione congiunta finalizzata all’individuazione del setting assistenziale più opportuno per il seguito del percorso assistenziale;
7. definisce le attività di rilevazione epidemiologica, nel rispetto delle “Linee di indirizzo nazionali sull’uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze” approvate con Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sottoscritta in data 26 ottobre 2017 (repertorio n. 130/CU), finalizzate anche alla realizzazione di un Registro regionale dei disturbi cognitivi e demenze;
8. partecipa al tavolo permanente di monitoraggio relativo ai disturbi cognitivi e alle demenze, con i rappresentanti dell’Assessorato sanità, salute e politiche sociali e i rappresentanti delle associazioni dei familiari con:
 - o il direttore di Area Territoriale o suo delegato,
 - o il direttore del Dipartimento delle medicine o suo delegato,
 - o il responsabile del CDCD.

Art. 4. RETE DI SERVIZI PER IL TRATTAMENTO E L’ASSISTENZA DELLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI COGNITIVI

La rete dei servizi risponde a criteri di qualità e percorsi di cura condivisi, in particolare per i seguenti aspetti:

1. dimensionamento dei servizi sulla base dei fabbisogni e garanzia della loro accessibilità;
2. garanzia della risposta corretta in ogni livello assistenziale;
3. messa in rete delle professionalità necessarie, sia di tipo sanitario che sociale;
4. condivisione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) che assicurino la gestione integrata;

5. definizione degli standard qualificanti del servizio.

Art. 5 CENTRO PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (CDCD)

Il Centro per i Disturbi cognitivi e demenze:

1. è costituito in modo permanente dall'equipe multidimensionale, così composta:
 - o medico geriatra;
 - o medico neurologo;
 - o psicologo, preferibilmente specializzato in neuropsicologia;
 - o assistente sociale;
 - o medico dell'U.V.M.D.
2. è integrato, a seconda delle necessità, dalle altre figure professionali: medico di assistenza primaria, medico psichiatra, infermiere, terapeuta occupazionale, fisioterapista, operatore socio-sanitario ...;
3. è coordinato, in modo funzionale, da un medico dell'equipe multidimensionale del CDCD identificato dal Direttore Generale dell'Azienda USL;
4. elabora, condivide e implementa i PDTA per assicurarne la gestione integrata;
5. definisce gli inserimenti in struttura secondo quanto previsto all'art. 7;
6. compila la scheda SVAMA, elabora il programma di massima e definisce il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
7. è responsabile della valutazione e della rivalutazione dei pazienti;
8. è organizzato in due ambulatori specialistici, neurologico e geriatrico, le cui modalità di funzionamento e accesso sono definite dal PDTA demenze aziendale;
9. ha l'obiettivo di rendere omogeneo e condiviso il metodo di diagnosi precoce e di presa in carico delle persone affette da disturbi cognitivi;
10. ottempera alle implicazioni sulle prescrizioni dei farmaci specifici previste dall'AIFA;
11. gestisce la raccolta dei dati necessari alla implementazione del sistema informativo regionale e nazionale sulle demenze.

Art. 6. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Il Percorso Diagnostico e Terapeutico Assistenziale deve:

1. interessare tutte le figure che sono coinvolte nella presa in carico della persona affetta da disturbi cognitivi, compresi i care givers;
2. porre particolare attenzione alla definizione dei diversi setting assistenziali e ai passaggi tra gli stessi;
3. essere approvato con atto formale da parte dell'Azienda USL e costituire quindi un livello assistenziale per i Dipartimenti e le strutture organizzative interessate;
4. prevedere i criteri clinici e le modalità di inserimento in struttura;
5. prevedere idonei indicatori di processo e di risultato.

Art. 7 MODALITÀ DI INSERIMENTO IN STRUTTURA

Le modalità di inserimento in struttura devono salvaguardare i seguenti requisiti:

1. definizione delle modalità di composizione e utilizzo delle liste di attesa,

2. le richieste possono provenire sia da un presidio ospedaliero che dal territorio, ma transitano tutte attraverso il CDCD;
3. l'inserimento è preceduto da una valutazione multidimensionale, con conseguente compilazione della scheda SVAMA ed elaborazione del programma di massima da parte del CDCD;
4. l'assistenza all'ospite è fornita sulla base di uno specifico Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) redatto dal CDCD, all'interno del quale sono definiti gli obiettivi di salute, il percorso sanitario e assistenziale, la durata del progetto e le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi;
5. il PAI è rivisto dall'équipe multidisciplinare della struttura (medico, infermiere, educatore) entro pochi giorni dall'ingresso dell'utente ed eventuali modifiche possono essere apportate esclusivamente in accordo con il CDCD;
6. i tempi di inserimento nelle strutture devono essere coerenti con le necessità assistenziali dei pazienti e devono essere rispettati i tempi massimi tra la richiesta e l'effettivo inserimento del paziente, oltre che i tempi di permanenza definiti dalla presente deliberazione.

Art. 8. DURATA DEGLI INSERIMENTI E DIMISSIONI

1. I trattamenti estensivi nelle strutture non possono superare i 60 giorni, indipendentemente dalla durata dell'inserimento stabilita al momento del ricovero in struttura e della elaborazione del PAI.
2. Entro il termine massimo di 45 giorni dall'inserimento nel nucleo per trattamenti estensivi, l'utente è assoggettato a rivalutazione per la definizione del setting assistenziale più idoneo al seguito del suo percorso terapeutico/assistenziale;
3. Dopo i 60 giorni previsti di permanenza nel nucleo estensivo, l'utente può
 - a) Proseguire con i trattamenti di lungo-assistenza nell'ambito dello stesso nucleo o in un altro nucleo NRTD (Nucleo residenziale temporaneo per persone affette da demenza);
 - b) essere trasferito in struttura socio-assistenziale protetta o protetta plus;
 - c) rientrare al domicilio.
4. La durata dei trattamenti di lungo-assistenza (ivi compresi i ricoveri di sollievo per il caregiver) è definita dal PAI che deve essere rivalutato almeno ogni sei mesi.
5. Il controllo del rispetto della durata di permanenza in ciascun nucleo è in capo all'Azienda USL, che mette in atto idonei meccanismi di verifica e sanzione di eventuali anomalie.
6. L'Azienda USL definisce con propri protocolli le modalità di dimissione degli utenti dalle strutture, nonché le modalità di trasmissione dei dati sanitari necessari per la continuità assistenziale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIE NEI NUCLEI RESIDENZIALI TEMPORANEI E SEMIRESIDENZIALI PER IL TRATTAMENTO DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Art. 1. DEFINIZIONI

1. Il Nucleo Residenziale Temporaneo per le persone affette da Demenza (NRTD) è un nucleo specializzato di residenzialità extra ospedaliera, dove vengono erogate prestazioni socio-sanitarie a pazienti affetti da demenza senile o presenile, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o severi sintomi psichici, in ambiente protesico e tutelare e può contemporaneamente ospitare persone con trattamenti di tipo estensivo e di tipo lungo-assistenziale;
2. I trattamenti per demenza di tipo estensivo (TD1) sono erogati in un NRTD, per un periodo massimo di 60 giorni, e sono prestazioni con carattere riabilitativo, di ri-orientamento e tutela personale.
3. I trattamenti per demenza di tipo lungo-assistenziale (TD2) possono essere erogati in NRTD, anche posti in strutture protette per anziani, e sono prestazioni di lungo assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. Rientrano in questa categoria i ricoveri temporanei di sollievo al care-giver.
4. La Struttura Semi-Residenziale per il Trattamento delle persone affette da Demenza (SSRTD) è una struttura extra ospedaliera dove vengono erogate prestazioni semi residenziali a pazienti affetti da demenza senile o presenile, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, ri-orientamento e tutela personale, aperta per almeno 6 ore al giorno per 7 giorni settimanali.

Art. 2. TIPOLOGIA DEGLI OSPITI

Nei Nuclei Residenziali (NRTD) per il trattamento delle demenze sono ospitati cittadini:

- a) non più in età evolutiva, iscritti al Servizio Sanitario Regionale;
- b) con diagnosi clinica, rilasciata dal CDCD, di disturbi cognitivi e/o demenza;
- c) con un punteggio di Neuropsychiatric Inventory (N.P.I) non inferiore a 24.

È facoltà del CDCD, all'atto della valutazione del singolo caso, derogare, con adeguate motivazioni, al requisito di N.P.I. di cui alla lettera c).

Nelle strutture semiresidenziali (SSRTD) per demenze, oltre agli utenti con le caratteristiche di cui sopra, possono essere accolti anche persone con patologie croniche psicogeriatriche, purché autorizzate dal CDCD.

Art. 3. SERVIZI OFFERTI NEI NUCLEI RESIDENZIALI TEMPORANEI PER LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA (NRTD)

1. Agli ospiti dei NRTD sono garantiti tutti i servizi sanitari e assistenziali necessari, definiti nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), di carattere sanitario, riabilitativo, di ri-orientamento o di tutela personale, sotto la responsabilità del Direttore sanitario della struttura.
2. L'assistenza nei nuclei temporanei residenziali è garantita H24.

3. Il personale addetto esclusivamente all'assistenza degli ospiti deve essere presente nelle strutture nei tempi indicati nelle tabelle sottostanti, tenendo conto che OSS e infermieri devono essere presenti tutti i giorni:

NRTD (comune a entrambi i trattamenti TD1 e TD2)

Tipologia di personale	Standard minimi	Dotazione minima nuclei sulla base posti letto
Direttore Sanitario	2 ore settimanali	
Responsabile clinico	2 ore settimanali / 5 utenti	da 4 a 8 settimanali
Psicologo	8 ore / mese	
Coordinatore infermieristico	4 ore settimanali	

TD 1

Tipologia di personale	Standard minimi	Dotazione minima nuclei sulla base posti letto
Infermiere	30' / die / utente	da 5 a 10 ore / die
Educatore (o altro)	2,5 ore settimana / utente	da 25 a 50 ore settimanali
OSS	210' / die / utente	da 35 a 70 ore / die

TD2

Tipologia di personale	Standard minimi	Dotazione minima nuclei sulla base posti letto
Infermiere	18' / die / utente	da 3 a 6 ore / die
Educatore (o altro)	1h 45' / settimana / utente	da 17 a 35 ore settimanali
OSS	180' / die / utente	da 30 a 60 ore / die

4. Oltre all'assistenza professionale fornita dal personale in dotazione al nucleo di cui sopra, e meglio definito al successivo art. 5, agli ospiti sono garantiti, con livelli differenziati in rapporto ai loro bisogni, i seguenti servizi:

a) a cura dell'Azienda USL della Valle d'Aosta:

- l'assistenza medica specialistica e gli accertamenti diagnostici, compreso il trasporto presso le strutture sanitarie erogatrici;
- l'assistenza protesica;
- l'assistenza farmaceutica dei farmaci forniti dal SSR presenti nel Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.) di fascia A e H;

b) a cura della struttura erogatrice:

- il servizio alberghiero;
- le attività occupazionali e culturali.

Art. 4. OBIETTIVI DELLA PERMANENZA NEI NRTD

Gli obiettivi dell'inserimento e del percorso di cura di un utente in NRTD sono:

- a. la riduzione e controllo dei disturbi comportamentali;
- b. il sostegno delle condizioni generali, in particolare nutrizionali;

- c. il trattamento di eventuali comorbidità;
- d. il monitoraggio delle terapie psicofarmacologiche;
- e. la riduzione e/o abolizione della contenzione fisica;
- f. la tutela dell'incolumità del paziente;
- g. l'attivazione/riabilitazione applicate alle aree cognitive, comportamentale e delle abilità funzionali;
- h. il sostegno ai familiari in un'ottica di rientro a domicilio.

Art. 5. STANDARD MINIMI DI PERSONALE NEI NRTD

1. Ogni nucleo NRTD ha una dotazione minima di 10 e massima di 20 posti letto.
2. Ad integrazione di quanto già sopra specificato (vedi tabella al precedente Art. 3), in ogni nucleo devono essere identificati:
 - un medico con funzioni di direttore sanitario, presente per non meno di 2 ore settimanali (per ciascun nucleo) dedicate esclusivamente ad attività non cliniche di coordinamento e controllo delle attività sanitarie del nucleo;
 - un medico con funzioni di responsabile clinico, presente per un numero di ore proporzionate al numero di posti letto;
 - uno psicologo, che svolge attività di sostegno rivolte ai familiari e al personale assistenziale, anche concentrate in uno-due incontri mensili;
 - un infermiere con funzioni di coordinamento, presente per un numero di ore settimanali adeguato alle necessità (comunque non inferiore a 4), dedicate esclusivamente ad attività non cliniche di coordinamento e controllo;
 - un numero di infermieri tale da garantire almeno 30' al giorno di assistenza ad ogni utente, però con una presenza complessiva in struttura (compresi altri nuclei) nelle 12 ore diurne, con pronta disponibilità nelle ore notturne;
 - una o più figure professionali con formazione specifica (educatore professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, psicomotricista, logopedista) per il raggiungimento degli obiettivi fissati nel PAI;
 - un numero di OSS tale da garantirne la presenza di almeno 1 ogni 10 posti letto nel periodo notturno.
3. All'interno dei nuclei dovranno essere altresì identificati:
 - medici per l'assistenza di base degli ospiti, secondo le regole generali valide per le strutture socio assistenziali per anziani regionali (medico di struttura / medico di assistenza primaria);
 - un certo numero di figure professionali non dell'area sociosanitaria e riabilitativa, presenti in modo adeguato per svolgere i servizi generali (pulizie, cucina, portineria, amministrazione...).

Art. 6. STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (SSRTD)

1. Sono accolti gli utenti di cui all'Art 2.
2. Il numero massimo di utenti presenti contemporaneamente nella struttura viene determinato e autorizzato in base agli spazi effettivamente disponibili e non può essere superiore a 20; il numero di casi presi contemporaneamente in carico può essere fino a tre volte i posti disponibili in struttura.
3. L'assistenza è garantita per almeno 6 ore al giorno per 7 giorni la settimana.
4. Il seguente personale deve essere presente nei giorni e orari di apertura:

Tipologia di personale	Standard minimi per SSRTD
Coordinatore infermieristico	2 ore settimanali
Infermiere	12' /die /utente
Educatore (o altro)	2h / settimana / utente
OSS	72' / die / utente

Art. 7. REQUISITI E COMPITI DEL PERSONALE

1. Il personale concorre a determinare l'équipe multidisciplinare della struttura.
2. L'autorizzazione al funzionamento viene rilasciata sulla base di una pianta organica definita in relazione ai profili professionali previsti dalla presente deliberazione.
3. Tutte le figure professionali operanti nella struttura devono possedere i titoli previsti dalla normativa vigente, compresa l'eventuale iscrizione agli albi o ai collegi professionali ove richiesto.
4. La formazione permanente deve essere svolta nel rispetto della normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM).
5. Il **direttore sanitario** deve possedere i requisiti previsti per la direzione sanitaria di strutture socio sanitarie con meno di 80 posti letto e deve:
 - curare i rapporti tra l'Azienda USL e la struttura residenziale/semi-residenziale;
 - garantire gli aspetti igienico sanitari, la corretta compilazione della documentazione sanitaria della struttura e i flussi informativi previsti dalla normativa vigente;
 - garantire la sicurezza dei lavoratori;
 - coordinare tutte le attività sanitarie svolte nella struttura;
 - predisporre, in collaborazione con il responsabile clinico e il coordinatore infermieristico, il piano di formazione degli operatori e il piano annuale della qualità.
6. Il **responsabile clinico** deve essere un medico, specialista in geriatria, o neurologia, o psichiatria o con specializzazione equivalente a queste, o con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche. Ha il compito di garantire l'assistenza sanitaria prevista dai LEA e dalla presente deliberazione della Giunta regionale attraverso una pratica clinica basata sulle evidenze scientifiche in grado di attuare i PDTA e raggiungere gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato. Può anche coincidere con il direttore sanitario, nel cui caso le ore di presenza in struttura si sommano.
7. L'**infermiere coordinatore** può anche essere un infermiere con compiti assistenziali diretti, ma nel calcolo dei minuti assistenziali le due funzioni devono essere chiaramente separate. Può inoltre essere unico per più nuclei in una stessa struttura, fermo restando che il minutaggio deve essere quello complessivo.
8. L'**infermiere** ha tra i suoi compiti assistenziali l'aggiornamento e le verifiche del PAI (fermo restando che il PAI predisposto dal CDCD può essere modificato esclusivamente in accordo con il CDCD stesso).
9. L'**educatore professionale**, ai sensi del D.M. del 29 marzo 2001, art. 3, lett. H, in alternativa al possesso della laurea triennale in Educazione professionale abilitante alla professione sanitaria di Educatore professionale (L/SNT/2) o titoli equipollenti, riconosciuti ai sensi del D.M. del 22 giugno 2016. In fase transitoria, per il personale che già esplica tale attività nella struttura alla data di approvazione della presente deliberazione è ammesso il possesso di laurea triennale in Scienze dell'educazione e della formazione (L-19) o eventuali altri titoli da valutare a cura della Struttura regionale competente in materia di sanità territoriale.

Art. 8. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

1. Per garantire la continuità assistenziale, i PAI e le attività svolte nelle strutture sono verificati almeno semestralmente dai medici componenti del CDCD, che mantengono per tutta la durata dell'inserimento, la presa in carico del paziente.
2. Attraverso le modifiche del PAI vengono anche definite le prestazioni mediche specialistiche eventualmente necessarie e l'assistenza protesica.
3. La gestione delle urgenze e delle emergenze è garantita da appositi protocolli di collaborazione con il servizio di continuità assistenziale e il soccorso sanitario 118.

Art. 9 REQUISITI STRUTTURALI

Tenuto conto che, in ambito socio-sanitario, gli aspetti strutturali delle residenze extraospedaliere per pazienti con disturbi cognitivi e/o demenze possono essere assimilati (per analogia) con quelli delle residenze extraospedaliere psichiatriche, si applicano le disposizioni di cui al d.P.R. 14 gennaio 1997 e al dPCM 22/12/1989.

1. I nuclei residenziali temporanei destinati a pazienti affetti da disturbi cognitivi e/o da demenza, **da 10 a 20 posti letto**, anche quando inseriti in strutture socio-sanitarie e socio assistenziali devono essere in possesso:

A - dei requisiti minimi strutturali e tecnologici generali previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- a. protezione antisismica;
- b. protezione antincendio;
- c. protezione acustica;
- d. sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- e. sicurezza anti-infortunistica;
- f. igiene dei luoghi di lavoro;
- g. protezione delle radiazioni ionizzanti;
- h. eliminazione della barriera architettoniche;
- i. smaltimento dei rifiuti;
- j. condizioni microclimatiche;
- k. impianti di distribuzione dei gas;
- l. materiali esplosivi.

B - dei requisiti di cui all'Allegato A al DPCM 22 dicembre 1989, limitatamente ai Criteri 5, 7, 9a, 9b, 9f (in relazione alle dimensioni della struttura) e 10, nonché di ulteriori requisiti minimi specifici, di seguito riportati in modo integrato:

Area residenziale – Arredi e attrezzature – Servizi generali e di nucleo

- La scelta e la qualità degli arredamenti nei servizi devono essere di tipo non ospedaliero ma dignitose ed appropriate alle necessità degli utenti. Le attrezzature minime presenti devono essere identificabili come necessarie ed idonee alle attività di supporto all'attività terapeutico-riabilitativa e al comfort alberghiero. Fatta salva la personalizzazione della camera o dell'alloggio, che consenta anche l'inserimento di arredi personali, è necessario contemperare le esigenze di assistenza e di prevenzione degli infortuni (mediante l'impiego di materiali conformi alle norme di sicurezza) con il rispetto della riservatezza e della personalità degli ospiti.

- Le strutture devono essere dotate dei seguenti servizi generali, riferiti anche ad aspetti di sicurezza, riservatezza e tecnologie innovative:

Standard dimensionali (sono il riferimento per la realizzazione delle residenze, con accettazione – in caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni – di misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento; le dimensioni rapportate alle persone si intendono nette, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche):

- Camere di degenza singole e doppie (le camere ad un posto letto devono rappresentare almeno il 10% del totale delle camere);
- Le dimensioni delle camere di degenza (escluso il bagno) sono le seguenti:
 - mq 12 per una persona;
 - mq 18 per due persone;
- Superficie totale utile funzionale della struttura (comprese le aree di attività e di servizio non indicate): 40/45 mq per ospite;
- Cucina/dispensa e locali accessori;
- Sala da pranzo;
- Servizi igienici a norma del DPR 348/1978 e successive modificazioni, collegati alle camere in numero minimo di uno ogni 3 ospiti;
- Lavanderia, stireria e guardaroba;
- Locali di servizio per il personale di assistenza, con servizi igienici;
- Locale ad uso medicheria/infermeria, anche per deposito farmaci, con pavimenti lavabili e disinfettabili e con rivestimenti verticali impermeabili, lavabili e disinfettabili almeno fino all'altezza di 2 mt. Tale locale può essere anche di uso comune con altri nuclei, purché vi sia una separazione fisica della documentazione clinica e dei farmaci relativi agli ospiti del nucleo demenze da quelli di altri nuclei;
- Spogliatoio del personale con servizi igienici;
- Magazzini;
- Locali di deposito biancheria sporca e biancheria pulita (separati e articolati per piano);
- Spazio verde dedicato;
- Compartimentazione interna ed esterna rispetto a qualsiasi altro nucleo, senza condivisione di locali, neanche per le attività riabilitative ed occupazionali: in caso di utilizzo di locali diurni non dedicati al nucleo per le demenze, è ammessa una separazione di tipo organizzativo, a condizione che venga chiaramente identificato (in modo da essere facilmente verificabile) lo spazio temporale di utilizzo dedicato a ciascun nucleo;
- Porta allarmata per l'accesso al nucleo;
- Locali per attività terapeutica individuale;
- Locali per attività terapeutica di gruppo.

2. Le strutture semiresidenziali per utenti affetti da disturbi cognitivi e/o da demenze con capacità ricettiva **non superiore ad otto posti** devono soddisfare i requisiti previsti per le civili abitazioni.

Quelle con capacità ricettiva superiore, invece, devono essere in possesso dei requisiti minimi strutturali e tecnologici generali indicati al sopraccitato punto 1, lettera A (generali) nonché dei requisiti seguenti:

- a) una superficie disponibile di 15/20 mq per ospite;
- b) locali di accoglienza (ingresso, segreteria);
- c) locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti (almeno 2, di cui uno a norma del DPR 348/1978 e successive modificazioni, se l'autorizzazione è rilasciata

- fino a 15 utenti e almeno 3, di cui uno a norma del dPR 348/78 e successive modificazioni, se rilasciata per più di 15 utenti);
- d) studi, locali e servizi igienici, compresi spogliatoi, per il responsabile delle strutture e per gli operatori;
 - e) area ambulatoriale idonea con dotazione minima di pronto soccorso medico;
 - f) area terapeutica con sala per le attività individuali e di gruppo, locale relax pazienti;
 - g) area attività per laboratori;
 - h) locali di deposito, sia per i farmaci, che per le attrezzature e lo strumentario;
 - i) eventuale spazio verde a disposizione pazienti;
 - j) rapporto areo illuminazione non inferiore a 1/8 della superficie del pavimento e fattore medio di luce diurna 0,02 in spazi con sosta di persone;
 - k) Se la struttura eroga il pranzo devono essere previsti anche:
 - locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli ospiti della sede operativa, con relativi servizi igienici;
 - locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti.

Art. 10. REQUISITI RIGUARDANTI LA QUALITÀ

1. Il servizio deve essere sottoposto ad un sistema annuale di verifica dei risultati conseguiti che consenta alla Direzione sanitaria di modificare e/o adattare l'organizzazione del servizio stesso, in accordo con i competenti servizi dell'Azienda USL, in particolare con il CDCD.
2. La struttura deve essere coordinata con i servizi dell'Azienda USL e con i servizi sociali sul territorio.
3. I percorsi assistenziali e gli utenti dei diversi nuclei, anche se ospitati fisicamente nella stessa struttura, devono essere distinti tra loro.
4. Ogni struttura deve adottare una Carta dei servizi che contenga le informazioni previste dalla normativa statale e regionale vigente in materia.
5. Ogni struttura deve redigere un piano annuale della qualità, coerente con la normativa regionale relativa all'autorizzazione.
6. Per l'appropriatezza clinica e la sicurezza, ogni struttura deve:
 - attivare e documentare un sistema di promozione della sicurezza e gestione del rischio, sia per gli ospiti che per gli operatori della struttura, compreso un sistema di reportistica;
 - effettuare audit periodici tra i responsabili della struttura e le competenti strutture dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, per la valutazione degli esiti dei trattamenti, con modalità e tempistiche definite in relazione al modello di case management;
 - provvedere alla copertura assicurativa, secondo le norme vigenti e la tipologia delle prestazioni e delle attività svolte, dei rischi da infortuni o danni subiti o provocati dagli ospiti, dal personale e da altri presenti in struttura.
7. L'Azienda USL individua gli indicatori per il monitoraggio dell'assistenza e per la valutazione dei risultati e degli esiti conseguiti dai diversi nuclei, con particolare riferimento all'aderenza ai PAI e al raggiungimento degli obiettivi in essi contenuti.

Art. 11. SISTEMA INFORMATIVO

1. La struttura deve dotarsi di un sistema informativo che consenta:
 - la tenuta di una cartella clinica personale, comprendente i dati clinici e il PAI (da aggiornare periodicamente);

- l'interfaccia con i sistemi informativi aziendali, per l'accesso al fascicolo sanitario elettronico da parte del medico di assistenza primaria e l'accesso al sistema tessera sanitaria;
 - la trasmissione dei dati relativi all'attività e ai costi al sistema informativo socio-sanitario regionale;
 - l'utilizzo del sistema informativo regionale a supporto dell'attività dell'Unità di Valutazione Multi Dimensionale (U.V.M.D.), relativamente agli inserimenti e alle dimissioni dei soggetti assistiti.
2. La struttura è tenuta a trasmettere i dati relativi all'assistenza erogata secondo i criteri e le modalità previsti dalla normativa statale e regionale vigente in materia.
 3. L'Azienda USL trasmette entro il 30 aprile di ogni anno alla competente Struttura dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, una relazione riportante, per ciascun nucleo per l'anno solare precedente:
 - Tasso di occupazione e indice di turn over
 - N. pazienti ricoverati, degenza media e n. di ingressi e dimissioni
 - N. ingressi con provenienza e n. dimissioni con relative destinazioni
 - Esiti del monitoraggio da parte dell'Azienda stessa sulla base di quanto disposto in attuazione del punto 7 dell'articolo 10.

Art. 12. TARIFFE

1. All'interno dei nuclei NRTD, i trattamenti TD1 sono interamente a carico dell'Azienda USL.
2. Per i trattamenti TD2 la quota a carico dell'utente ammonta al 50% della tariffa vigente. L'utente verserà direttamente alla struttura la quota a suo carico, in relazione al tempo di permanenza in struttura e, in caso di rifiuto e/o inadempienza, l'Ente gestore attiverà le ordinarie procedure per il recupero dei propri crediti. L'assistente sociale di competenza valuterà l'eventuale necessità di presentazione, da parte dell'interessato, della domanda di contributo regionale per il pagamento delle rette ai sensi dell'art. 19 della legge regionale 23/2010.
3. Le rette decorrono dal giorno di ammissione e comprendono il giorno di dimissione/decesso. Nel caso di dimissione da una struttura/nucleo e contemporanea ammissione in altra struttura/nucleo, la tariffa giornaliera è riferita per il 50% al nucleo di dimissione e al 50% al nucleo di ammissione.
4. In caso di assenza fino a 15 giorni, per ricovero ospedaliero, alla struttura è riconosciuta da parte dell'Azienda USL una quota pari al 70% della tariffa quotidiana a carico del SSR e l'utente non paga nulla. Le assenze per ricovero ospedaliero fino a 15 giorni sospendono temporaneamente la durata complessiva di permanenza nei NRTD. Dopo 15 giorni l'ospite è ritenuto dimesso e il posto può essere occupato da un altro utente.
5. I costi per il personale, con le spese generali, contribuiscono a determinare le rette giornaliere, e sono state così valutati (per utente/die):

Tipologia di costo	NRTD		SSRTD
	TD1	TD2	
figure coordinamento	€ 1,50	€ 1,50	€ 1,00
personale sanitario	€ 30,45	€ 17,00	€ 11,00
personale tutelare	€ 72,95	€ 62,50	€ 25,00

altro personale	€ 10,00	€ 10,00	€ 2,00
giornata alimentare	€ 10,00	€ 10,00	€ 5,00
lavanderia pulizia	€ 10,00	€ 10,00	€ 10,00
costi generali	€ 17,00	€ 17,00	€ 12,00

Le **rette giornaliere** per i singoli utenti sono le seguenti:

	NRTD		SSRTD
	TD1	TD2	
Tariffa giornaliera	€ 152,00	€ 128,00	€ 66,00
Compartecipazione utente	Totale carico AUSL (max 60 giorni)	50 % AUSL / 50% utente	50 % AUSL/ 50% utente

Per le strutture semiresidenziali (SSRTD)

La permanenza giornaliera minima nella struttura è considerata di 4 ore. Al di sotto di tale permanenza, la tariffa è dimezzata (33 €/die).