

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SETTORE AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTI
n. 57 del 30 marzo 2022

Oggetto: **DGR 938/2020 - APPROVAZIONE DEL MANUALE OPERATIVO RELATIVO AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE EXTRA OSPEDALIERE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DI CUI ALLA L.R. 21/2016, ART. 7, COMMA 1, LETTERA C: STRUTTURE PER ANZIANI/FRAGILITÀ E ADULTI (HOSPICE-MALATI HIV).**

VISTO il documento istruttorio e ritenuto, per le motivazioni nello stesso indicate, di adottare il presente decreto;

VISTO l'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione);

DECRETA

1. di approvare il Manuale Operativo in Allegato 1 relativo ai requisiti di autorizzazione delle strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali di cui alla L.R. 21/2016, art. 7, comma 1, lettera c: strutture per anziani/fragilità e adulti (hospice, malati HIV);
2. di trasmettere il presente decreto al Direttore del Dipartimento Salute, al Dirigente della Direzione Sanità e integrazione sociosanitaria e all'OTA presso l'ARS.

Si attesta che dal presente decreto non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

Si attesta inoltre l'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e s.m.i.

Il dirigente
(*Marco Nocchi*)

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

L.R. n. 21/2016: *“Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”*;

Regolamento Regionale n. 1 del 01.02.2018: *“Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’articolo 7, comma 3, della Legge Regionale 30 settembre 2016, n. 21 ”*;

DGR n. 522/2018: *“L.R. 30 settembre 2016, n. 21 e s.m.i. - Costituzione e funzionamento dell’Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.)”*;

DGR n. 938/2020: *“LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV)”*;

L.R. n. 18/2021: *“Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta Regionale”*.

Motivazioni

Con D.G.R. n. 938/2020 è stato approvato il Manuale di Autorizzazione delle Strutture sanitarie e sociosanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV).

Al fine di rendere omogenea ed uniforme sul territorio regionale la verifica, da parte dell’OTA, delle evidenze contenute nel suddetto documento, si rende necessaria l’adozione di un manuale operativo che espliciti in modo dettagliato ciascun requisito/evidenza del manuale di autorizzazione.

Il Manuale operativo è stato predisposto dall’Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) dell’Agenzia Regionale Sanitaria, attraverso numerosi incontri ai quali hanno partecipato gli esperti del settore (ASUR, PF Edilizia Sanitaria della Regione).

Sviluppando e dettagliando in maniera chiara e trasparente le evidenze presenti nel Manuale di Autorizzazione, il manuale operativo garantisce un supporto generale importante ai fini dell’utilizzo di una metodologia valutativa uniforme.

Inoltre è un prezioso strumento per i titolari delle strutture e per i loro tecnici incaricati di redigere i progetti.

Il Manuale operativo allegato al presente atto si configura anche una misura utile ai fini della gestione del rischio di corruzione, nella logica che emerge dal Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022 approvato con D.G.R. n. 43/2020.

Esito dell’istruttoria

Alla luce delle considerazioni sopra esposte si ritiene opportuno adottare il presente decreto.



Il sottoscritto dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6bis della Legge 241/90 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

Dal presente decreto non deriva, né può comunque derivare, impegno di spesa a carico della Regione.

Il responsabile del procedimento
(*Marco Nocchi*)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

ALLEGATO 1: MANUALE OPERATIVO RELATIVO AI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE EXTRA OSPEDALIERE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DI CUI ALLA L.R. 21/2016, ART. 7, COMMA 1, LETTERA C: STRUTTURE PER ANZIANI/FRAGILITÀ E ADULTI (HOSPICE-MALATI HIV).





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO 1

**MANUALE DI AUTORIZZAZIONE DEI
SERVIZI RESIDENZIALI E
SEMIRESIDENZIALI DELLE AREE:
SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA E
SOCIOSANITARIA
requisiti specifici
Anziani/Fragilità, Adulti
(Hospice-Malati HIV)**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | |
|---|------------|
| REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLE AREE: SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA E SOCIOSANITARIA | 4 |
| OSPEDALE DI COMUNITÀ | 4 |
| CASA DELLA SALUTE Tipo B..... | 5 |
| AREA ANZIANI/SOGGETTI FRAGILI | 6 |
| CURE INTERMEDIE | 7 |
| RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER PERSONE CON DEMENZA..... | 11 |
| RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI | 15 |
| CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DEMENZA | 19 |
| RESIDENZA PROTETTA PER PERSONE CON DEMENZA..... | 22 |
| CENTRO DIURNO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI..... | 25 |
| RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI | 288 |
| AREA ADULTI..... | 311 |
| HOSPICE | 322 |
| RESIDENZA COLLETTIVA PER MALATI AIDS..... | 377 |
| CENTRO DIURNO PER MALATI AIDS | 399 |
| CASA ALLOGGIO PER MALATI AIDS | 41 |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI SPECIFICI PER L'AUTORIZZAZIONE DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLE AREE: SANITARIA EXTRAOSPEDALIERA E SOCIOSANITARIA

Oltre ai requisiti specifici devono essere soddisfatti i requisiti generali previsti nella Deliberazione della Giunta Regionale concernente il manuale di autorizzazione delle strutture sanitarie extra ospedaliere intensive ed estensive delle strutture socio sanitarie di lungoassistenza e mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semi-residenziale (parte C : requisiti generali e requisiti specifici delle strutture per disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche, minorenni)

OSPEDALE DI COMUNITÀ

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|--|
| O | D | C | |
|---|---|---|--|

- **Definizione:** Struttura con un numero limitato di posti letto gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** Presa in carico di persone che necessitano:
 - di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
 - di sorveglianza infermieristica continuativa a seguito di un episodio di acuzie o per la riattivazione di patologie croniche.L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** Garantire la continuità assistenziale; favorire il recupero funzionale e la massima autonomia delle persone assistite; soddisfare i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio (domicilio non idoneo per caratteristiche strutturali e/o Familiari). Tra gli obiettivi del ricovero vi può essere anche l'empowerment dell'assistito e del caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. Ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione :** devono essere soddisfatti i requisiti riferiti alle tipologie di prestazioni ambulatoriali, ospedaliere, residenziali e semiresidenziali presenti, secondo la normativa regionale vigente.
- **Durata della permanenza in struttura :** In relazione al setting assistenziale
- **Modalità di accesso:** L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CASA DELLA SALUTE Tipo B

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|---|
| C | D | S | B |
|---|---|---|---|

- **Denominazione:** Casa della Salute tipo B
- **Definizione:** Struttura che rappresenta il luogo dove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie. La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Tale tipologia può organizzarsi da H12 fino ad un massimo di H24.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** cittadini che necessitano di risposte sanitarie, socio sanitarie e sociali.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** La casa della salute è un sistema di servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a:
 - Garantire le cure primarie ed i servizi distrettuali
 - Screening e prevenzione
 - Accesso ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali
 - Servizi diagnostico terapeutici
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione** La casa della salute rappresenta il luogo dove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie. La responsabilità igienico organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche, devono essere soddisfatti i requisiti riferiti alle tipologie di prestazioni ambulatoriali, ospedaliere, residenziali e semiresidenziali previste, secondo la normativa regionale vigente.
- **Durata della permanenza in struttura:** in relazione al setting assistenziale
- **Modalità di accesso:** L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA ANZIANI/SOGGETTI FRAGILI

Quadro sinottico delle Strutture dell'Area Anziani/Soggetti fragili

| ANZIANI/SOGGETTI FRAGILI | | | | |
|----------------------------|---|------------------|--|------------|
| Area | Livello assistenziale | Regime | Denominazione | Codifica |
| Sanitaria extraospedaliera | Intensivo | Residenziale | Cure intermedie | R1 |
| Sanitaria extraospedaliera | Estensivo (Lungoassistenza/ Mantenimento) | Residenziale | Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze | R2D |
| Sanitaria extraospedaliera | Estensivo (Lungoassistenza/ Mantenimento) | Residenziale | Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti | R2 |
| Sanitaria extraospedaliera | Lungoassistenza/ Mantenimento | Semiresidenziale | Centro Diurno per pazienti con demenze | SRD |
| Sociosanitaria | Lungoassistenza/ Mantenimento | Residenziale | Residenza Protetta per persone con demenze | R3D |
| Sociosanitaria | Lungoassistenza/ Mantenimento | Semiresidenziale | Centro Diurno per persone non autosufficienti | SR |
| Sociosanitaria | Lungoassistenza/ Mantenimento | Residenziale | Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti | R3 |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CURE INTERMEDIE

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|--|--|
| R | 1 | | |
|---|---|--|--|

- **Denominazione:** Cure Intermedie
- **Definizione:** Struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza, con elevato impegno assistenziale.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:**
 - assistiti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
 - consolidare le condizioni psico-fisiche
 - continuare il processo di recupero funzionale
 - accompagnare le persone con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero
 - monitoraggio clinico quotidiano
 - persone provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Esclusi assistiti minori di 14 anni
- **Finalità/Obiettivo di cura:**
 - Garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera per acuti o post acuti
 - Favorire il recupero funzionale finalizzato alla massima autonomia possibile per la persona assistita
 - Prevenire i ricoveri potenzialmente inappropriati in ospedale
 - Favorire l'attivazione della appropriata filiera assistenziale nelle strutture di lungo assistenza/mantenimento
 - Ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti di persone con patologie cronico-degenerative con lievi riacutizzazioni
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:**

Fino a un massimo di 20 posti letto per nucleo assistenziale, con possibilità di autorizzare posti letto R2 per un massimo del 20% della dotazione del modulo. Sono possibili al massimo due nuclei di cure intermedie per struttura.
- **Durata della permanenza in struttura:**

Fino ad un massimo di 30gg +30gg ripetibile in base alla valutazione dell'UVI effettuata con omogenei strumenti di valutazione multidimensionale, adottati a livello regionale.
- **Modalità di accesso:**

Secondo valutazione/assenso della U.V.I. di competenza



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | Evidenze |
|------|--|--|
| 1. | Le Cure Intermedie (C.I.) sono organizzate in nuclei assistenziali di 20 posti letto, con possibilità di autorizzare posti letto R2 per un massimo del 20% della dotazione del modulo. Sono possibili al massimo due nuclei di cure intermedie per struttura | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 2. | Il nucleo da 10 a 15 pl di C.I. insiste in una struttura polifunzionale con altre tipologie di setting assistenziali escluse quelle riservate ai minori | PLANIMETRIA QUOTATA VERIFICA OGGETTIVA EVIDENZA DOCUMENTALE della presenza in struttura di altri setting assistenziali |
| 3. | Per ogni camera è garantito l'accesso ed il movimento di carrozzine | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi |
| 4. | È presente un bagno assistito ogni 2 moduli anche di diverso setting assistenziale* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5. | Sono presenti servizi igienici accessibili ai disabili secondo le normative Se il modulo di posti letto in oggetto è collocato all'interno di una struttura di ricovero che prevede altri setting assistenziali, il bagno assistito, i servizi igienici e i locali/spazi di supporto possono essere in comune. Per le strutture pre-esistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti.* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | È presente un locale vuotatoio, lavapadelle | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 7. | L'arredo della stanza comprende: * comodo * armadio guardaroba singolo con chiave * tavolo e sedia | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 8. | Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore, segnaletica) | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 9. | È presente un angolo bar* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 10. | È presente uno spazio attesa visitatori* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 11. | Sono presenti servizi igienici per i visitatori* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 12. | È presente la camera ardente* o servizio convenzionato presso terzi | PLANIMETRIA QUOTATA ACCORDO CONTRATTUALE |
| 13. | Esiste almeno un ascensore montalettighe* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

* Anche in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri moduli/nuclei assistenziali

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--------------------|
| 14. | È presente un carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza, completo/a di unità di ventilazione manuale e di defibrillatore semiautomatico esterno. Il defibrillatore può essere | EVIDENZA OGGETTIVA |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|---|---------------------------------------|
| | in comune con più servizi presenti nel presidio/edificio, posto in luogo baricentrico e facilmente accessibile, in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'uso tempestivo | |
| 15. | È presente un carrello per la gestione della terapia | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 16. | È presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 17. | Sono presenti attrezzature per mobilizzazione/mobilità (es. sollevapersona). E' garantita una dotazione minima di proprietà della struttura di deambulatori, carrozzine non personalizzate e ausili per la consumazione dei pasti a letto per una quantità non inferiore al 20 % dei posti letto della struttura; | EVIDENZA OGGETTIVA ELENCO PRESIDII |
| 18. | Sono presenti presidi antidecubito e relative procedure di sanificazione | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 19. | È presente un broncoaspiratore | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 20. | È presente un elettrocardiografo (disponibile nella struttura) portatile, che garantisca il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento anche attraverso una sistema di teleconsulto e tele-refertazione | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 21. | È presente almeno un apparecchio per saturimetria trans-cutanea (disponibile nella struttura) | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 22. | È presente un monitor portatile per valutazione longitudinale parametri vitali | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 23. | Sono presenti tutti letti articolati (ad altezza variabile) con sponde accessibili da ogni lato | EVIDENZA OGGETTIVA |

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|---|
| 24. | È presente impianto di illuminazione di emergenza e notturna; | EVIDENZA OGGETTIVA Certificazione di conformità a firma di tecnico abilitato |
| 25. | Sono presenti almeno 3 prese per alimentazione elettrica e luce personale per posto letto | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 26. | È presente impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 27. | È presente impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto (per almeno il 50% dei PL). Per le strutture già autorizzate può essere utilizzato l'ossigeno liquido secondo la normativa vigente | EVIDENZA OGGETTIVA Certificazione di conformità a firma di tecnico abilitato |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 28. | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). | EVIDENZA DOCUMENTALE curriculum |
| 29. | Sono garantiti, attraverso procedure scritte, i collegamenti funzionali con i servizi di supporto territoriali e ospedalieri | EVIDENZA DOCUMENTALE |
| 30. | Sono garantiti almeno 106 minuti di OSS pro die pro capite | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|---|---|
| 31. | Sono garantiti almeno 54 minuti di Infermiere pro die pro capite | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 32. | L'assistenza Infermieristica è garantita continuativamente nelle 24 ore | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 33. | L'assistenza OSS è garantita continuativamente nelle 24 ore | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 34. | Sono garantiti almeno 15 minuti/die di personale Medico per ospite e 15 min/die di Fisioterapista per ospite per 6 giorni/sett. | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 35. | È garantita la continuità assistenziale | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 36. | È garantita assistenza specialistica in regime di consulenza | EVIDENZA DOCUMENTALE |
| 37. | È garantita l'assistenza di altri specialisti in base alle necessità degli assistiti | EVIDENZA DOCUMENTALE |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER PERSONE CON DEMENTIA

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|--|
| R | 2 | D | |
|---|---|---|--|

- **Denominazione:** residenza sanitaria assistenziale per persone con demenza
- **Definizione:** Struttura che eroga cure in nuclei residenziali a persone con demenza senile/Alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** persone non autosufficienti con demenza che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore (un infermiere di notte ogni 60 posti letto massimo).
- **Finalità/Obiettivo di cura:** trattamenti estensivi di cura e di ri-orientamento nei primi 60 gg, o superiore solo a seguito di rivalutazione CDCD, di lungo-assistenza e mantenimento nei successivi periodi di degenza con standard di personale coerenti con l'esigenza assistenziale definita dal CDCD.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:** per nuclei di massimo 30 posti letto. Possibilità di autorizzare posti letto R2 per un massimo del 30% della dotazione del modulo, al fine della continuità assistenziale della persona.
- **Durata della permanenza in struttura:** non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale secondo le modalità definite dalla Regione Marche. La successiva permanenza sarà condizionata dalla rivalutazione periodica del CDCD di competenza.
- **Modalità di accesso:** secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di riferimento dell'ospite.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 1. | Sono ammesse camere a tre o quattro letti in una percentuale massima non superiore al 40% della dotazione complessiva di tutte le camere presenti nel nucleo Nota: Possono essere ospitate persone allettate con uno stato di demenza avanzato | PLANIMERIA QUOTATA |
| 2. | Sono organizzate in nuclei assistenziali di 30 posti letto. Per le strutture preesistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti. | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3. | Sono presenti servizi igienici accessibili ai disabili secondo le normative vigenti. Se il modulo di posti letto in oggetto è collocato all'interno di una struttura che prevede altri setting assistenziali, il bagno assistito, i servizi igienici e i locali/spazi di supporto possono essere in comune. Per le pre-esistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti. | PLANIMERIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 4. | Per ogni camera è garantito l'accesso ed il movimento di carrozzine anche con l'utilizzo di sistemi di trasferimento a binario o presenza di letti con ruote; | PLANIMERIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5. | È presente un bagno assistito ogni 45 posti letto anche di diverso setting assistenziale | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | È presente un locale vuotatoio, lavapadelle | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 7. | L'arredo della stanza comprende: * comodino * armadio guardaroba singolo con chiave * tavolo e sedia | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 8. | Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore, segnaletica) | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 9. | È presente un angolo bar* | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 10. | È presente uno spazio attesa visitatori* | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 11. | Sono presenti servizi igienici per i visitatori* | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 12. | È presente la camera ardente* o servizio convenzionato presso terzi | PLANIMERIA QUOTATA ACCORDO CONTRATTUALE |
| 13. | Esiste almeno un ascensore montalettighe* | PLANIMERIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

* Anche in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri moduli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 14. | È presente un carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza, completo/a di unità di ventilazione manuale e di defibrillatore semiautomatico esterno. Il defibrillatore può essere in comune con più servizi presenti nel presidio/edificio, posto in luogo baricentrico e facilmente accessibile, in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'uso tempestivo | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 15. | È presente un carrello per la gestione della terapia | PLANIMERIA QUOTATA |
| 16. | È presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico | PLANIMERIA QUOTATA |
| 17. | Sono presenti attrezzature per mobilitazione/mobilità (es. solleva-persone). E' garantita una dotazione minima di proprietà della struttura di deambulatori, carrozzine non personalizzate e ausili per la consumazione dei pasti a letto per una quantità non inferiore al 5 % dei posti letto della struttura | PLANIMERIA QUOTATA |
| 18. | Sono presenti presidi antidecubito in relazione alla casistica trattata e relative procedure di sanificazione | PLANIMERIA QUOTATA Procedura di sanificazione |
| 19. | È presente un broncoaspiratore | PLANIMERIA QUOTATA |
| 20. | È presente un elettrocardiografo (disponibile nella struttura) portatile, che garantisca il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e telereferenziazione | PLANIMERIA QUOTATA |
| 21. | È presente un apparecchio per saturimetria trans-cutanea (disponibile nella struttura) | PLANIMERIA QUOTATA |
| 22. | Sono presenti letti articolati con sponde accessibili da ogni lato | PLANIMERIA QUOTATA |

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|---|
| 23. | È presente impianto di illuminazione di emergenza e notturna; | EVIDENZA OGGETTIVA Dichiarazione tecnico abilitato |
| 24. | Sono presenti almeno 3 prese per alimentazione elettrica e luce personale per posto letto | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 25. | È presente impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 26. | È presente impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto (per almeno il 50% dei PL). Per le strutture già autorizzate può essere utilizzato l'ossigeno liquido secondo la normativa vigente | EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione tecnico abilitato |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---------------------------------|
| 27. | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). | EVIDENZA DOCUMENTALE curriculum |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|--|--|
| 28. | Sono garantiti almeno 6 min/die di assistenza medico/psicologica per ospite. L'assistenza medica è riferita alla gestione delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico. L'assistenza psicologica fornita da psicologo con specializzazione in psicoterapia sarà dimensionata in funzione delle esigenze assistenziali, articolati nell'arco settimanale. | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum Turni di servizio Elenco del personale |
| 29. | Sono garantiti almeno 40 min/die di personale Infermieristico per ospite (con presenza continuativa sulle 24 ore, di notte è presente un infermiere ogni 60 posti letto). | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 30. | Sono garantiti almeno 100 min/die di assistenza OSS per ospite (con presenza continuativa nel modulo sulle 24 ore). | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 31. | Sono garantiti almeno 10 minuti/die di personale riabilitativo o 13 minuti/die di attività di animazione per ospite, articolati nell'arco settimanale. | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 32. | Gli spazi comuni (corridoi, soggiorni, ect) permettono la mobilità e la libertà di movimento in sicurezza degli ospiti. Per le nuove strutture va garantita la predisposizione di percorsi circolari per assecondare le fasi "itineranti" degli ospiti. Per le nuove strutture le camere sono facilmente raggiungibili dagli spazi comuni: questo percorso non deve essere ostacolato da scale e per il superamento di eventuali dislivelli si deve far ricorso preferibilmente a rampe. | PLANIMETRIA QUOTATA Layout degli arredi |
| 33. | È presente uno spazio multisensoriale in cui trattare i casi di agitazione psicomotoria con tecniche appropriate. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 34. | Sono previsti: - Sistemi di sicurezza (ad es. porte di uscita o ascensori con apertura a codice) - Colori diversi alle porte. - Arredi che rispondano a criteri di sicurezza e confort (sedie con braccioli, poltrone reclinabili) e per quanto possibile con caratteristiche "domestiche". Utilizzo di sistemi personalizzati di controllo antifuga per gli ospiti (es: braccialetti). | PLANIMETRIA QUOTATA Dichiarazione di asseverazione alla normativa specifica Procedure specifiche Evidenza oggettiva |
| 35. | Bagno assistito con accorgimenti che favoriscono il relax e la distensione dell'anziano (cromoterapia, musicoterapia) | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 36. | Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE Presenza nella carta dei servizi |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|--|--|
| R | 2 | | |
|---|---|--|--|

- **Denominazione:** Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti
- **Definizione:** Struttura che eroga cure in nuclei residenziali a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** 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 (un infermiere di notte ogni 60 posti letto massimo)
- **Finalità/Obiettivo di cura:** trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale nei primi 60 gg, o superiore solo a seguito di rivalutazione UVI, di lungoassistenza e mantenimento nei successivi periodi di degenza con standard di personale coerenti con l'esigenza assistenziale definita dall'UVI.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione** per nuclei di massimo 30 posti letto. Possibilità di autorizzare posti letti R2D per un massimo del 30% della dotazione del modulo al fine della continuità assistenziale della persona.
- **Durata della permanenza in struttura:** di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale secondo le modalità definite dalla Regione Marche. La successiva permanenza sarà condizionata dalla rivalutazione periodica del UVI di competenza.
- **Modalità di accesso:** Secondo valutazione/assenso della U.V.I. di competenza.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 1 | Sono ammesse camere a tre o quattro letti in una percentuale massima non superiore al 40% della dotazione complessiva di tutte le camere presenti nel nucleo Nota: Possono essere ospitate persone allettate e che non sono in grado di interagire con l'ambiente | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 2 | Sono organizzate in nuclei assistenziali di 30 posti letto. Per le strutture preesistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3 | Sono presenti servizi igienici accessibili ai disabili secondo le normative vigenti. Se il modulo di posti letto in oggetto è collocato all'interno di una struttura che prevede altri setting assistenziali, il bagno assistito, i servizi igienici e i locali/spazi di supporto possono essere in comune. Per le strutture preesistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 4 | Per ogni camera è garantito l'accesso ed il movimento di carrozzine anche con l'utilizzo di sistemi a binario o presenza di letti con ruote | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5 | È presente un bagno assistito ogni 45 posti letto anche di diverso setting assistenziale | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6 | È presente un locale vuotatoio, lavapadelle | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 7 | L'arredo della stanza comprende: * comodino * armadio guardaroba singolo con chiave * tavolo e sedia | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 8 | Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore, segnaletica) | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 9 | È presente un angolo bar* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 10 | È presente uno spazio attesa visitatori* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 11 | Sono presenti servizi igienici per i visitatori* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 12 | È presente la camera ardente* o servizio convenzionato presso terzi | PLANIMETRIA QUOTATA ACCORDO CONTRATTUALE |
| 13 | Esiste almeno un ascensore montalettighe* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

*Anche in comune se collocato all'interno di un edificio dove sono presenti altri presidi sanitari



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 14 | È presente un carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza, completo/a di unità di ventilazione manuale e di defibrillatore semiautomatico esterno. Il defibrillatore può essere in comune con più servizi presenti nel presidio/edificio, posto in luogo baricentrico e facilmente accessibile, in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'uso tempestivo | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 15 | È presente un carrello per la gestione della terapia | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 16 | È presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 17 | Sono presenti attrezzature per mobilitazione/mobilità (es. sollevapersone). E' garantita una dotazione minima di proprietà della struttura di deambulatori, carrozzine non personalizzate e ausili per la consumazione dei pasti a letto per una quantità non inferiore al 5 % dei posti letto della struttura | EVIDENZA OGGETTIVA Elenco attrezzature |
| 18 | Sono presenti presidi antidecubito in relazione alla casistica trattata e relative procedure di sanificazione | EVIDENZA OGGETTIVA Procedura di sanificazione |
| 19 | È presente un broncoaspiratore | Evidenza oggettiva |
| 20 | È presente un elettrocardiografo (disponibile nella struttura) portatile, che garantisca il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e telerefertazione | EVIDENZA OGGETTIVA Specifiche tecniche circa il teleconsulto e telerefertazione |
| 21 | È presente un apparecchio per saturimetria trans-cutanea (disponibile nella struttura) | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 22 | Sono presenti letti articolati accessibili da ogni lato | EVIDENZA OGGETTIVA |

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 23 | È presente impianto di illuminazione di emergenza e notturna; | EVIDENZA OGGETTIVA Dichiarazione tecnico abilitato |
| 24 | Sono presenti almeno 3 prese per alimentazione elettrica e luce personale per posto letto | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 25 | È presente impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 26 | È presente impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto (per almeno il 50% dei PL). Per le strutture già autorizzate può essere utilizzato l'ossigeno liquido secondo la normativa vigente | EVIDENZA DOCUMENTALE e dichiarazione tecnico abilitato |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|------------------------------------|
| 27 | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|----|---|--|
| 28 | Sono garantiti almeno 5 minuti/die di assistenza Medica per ospite. L'assistenza medica è riferita alla gestione delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico, articolati nell'arco settimanale | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum Turni di servizio Elenco del personale |
| 29 | Sono garantiti almeno 45 min/die di personale Infermieristico per ospite (con presenza continuativa sulle 24 ore) , di notte è presente un infermiere ogni 60 posti letto) | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 30 | Sono garantiti almeno 85 min/die di assistenza OSS per ospite (presenza continuativa nelle 24 ore) | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 31 | Sono garantiti almeno 10 minuti/die di personale riabilitativo (fisioterapista) articolati nell'arco settimanale | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 32 | Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE Carta dei servizi |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DEMENZA

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|--|
| S | R | D | |
|---|---|---|--|

- **Denominazione:** Centro Diurno per Persone con Demenza
- **Definizione:** Struttura a regime semiresidenziale, con un elevato livello di integrazione socio-sanitaria,.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** persone con deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale
- **Finalità/Obiettivo di cura:** trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo alla famiglia.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:** La capacità ricettiva del Centro Diurno è di massimo di 30 presenze giornaliere. Il servizio è aperto per almeno 5 giorni la settimana e per almeno 7 ore al giorno..
- **Durata della permanenza in struttura:** è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale secondo le modalità definite dalla Regione Marche. Il mantenimento della permanenza sarà condizionata dalla rivalutazione periodica del CDCD di competenza.
- **Modalità di accesso:** secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di riferimento.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 1. | Il Centro è privo di barriere architettoniche, e se disposto su più piani, è dotato di impianto ascensore e/o montalettighe.* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA Dichiarazione di conformità alla normativa a firma di tecnico abilitato |
| 2. | È presente una sala da pranzo luminosa e sufficientemente areata dimensionata sulla ricettività massima prevista*. | Vedi requisiti generali |
| 3. | È presente uno spazio adibito a soggiorno. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 4. | È presente uno spazio polivalente per attività di animazione e ginnastica dolce.* | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 5. | Sono presenti servizi igienici adeguati alla tipologia degli ospiti in numero minimo di 1 ogni 8 persone, di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | È presente uno spazio guardaroba con armadietti singoli per effetti e oggetti personali degli ospiti. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 7. | Sono presenti corrimano a parete nei percorsi di collegamento. | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 8. | La struttura dispone dell'utilizzo di spazi esterni*. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

* Qualora il Centro Diurno sia collegato ad altra struttura, i requisiti strutturali indicati possono essere in comune

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 9. | L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni: a) Responsabile di struttura; b) assistenza socio-sanitaria; c) assistenza infermieristica; d) riabilitazione; e) animazione; f) servizi generali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Organigramma Elenco del personale e relativo titolo di studio |
| 10. | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). Il Responsabile di struttura svolge compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 11. | Sono previste attività occupazionali, ricreative e di mantenimento delle autonomie | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 12. | Sono previste attività di vita comunitaria, di animazione e tempo libero | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 13. | È presente un servizio di ristorazione con pasti anche personalizzati | EVIDENZA DOCUMENTALE e OGGETTIVA |
| 14. | Sono presenti attività di riattivazione psico-motoria / ginnastica dolce | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|--|---|
| 15. | È disponibile un servizio di trasporto dal ed al domicilio dell'utente | EVIDENZA DOCUMENTALE |
| 16. | Sono garantiti almeno 90 min/die di Assistenza globale per ospite di cui: <ul style="list-style-type: none">- Infermiere, terapeuta occupazionale, educatore professionale o fisioterapista minimo 15 minuti/die per ospite, in base alle necessità degli assistiti- OSS 58 min/ die per ospite- Psicologo con specializzazione in psicoterapia 1 minuto die per ospite,- Animatore 16 min/die per ospite | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale Curriculum psicoterapeuta |
| 17. | Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE nella carta dei servizi |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RESIDENZA PROTETTA PER PERSONE CON DEMENZA

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|--|
| R | 3 | D | |
|---|---|---|--|

- **Denominazione:** Residenza Protetta per persone con demenza
- **Definizione:** Struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** persone con deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** trattamenti di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione** per nuclei di massimo 30 posti letto con la possibilità di autorizzare posti letto di R2D per un massimo del 20%. Per le Strutture preesistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti. Sono possibili moduli con setting assistenziali diversi, con l'esclusione di persone minorenni.
- **Durata della permanenza in struttura:** La permanenza può essere temporanea o permanente. Ogni struttura garantisce la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.
- **Modalità di accesso:** secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di riferimento dell'ospite



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 1. | È privo di barriere architettoniche, e se disposto su più piani, è dotato di impianto ascensore e/o monta lettighe* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA Dichiarazione di conformità alla normativa a firma di tecnico abilitato |
| 2. | L'organizzazione degli spazi interni (camere, sale comuni, servizi igienici, ecc.) è tale da garantire a ospiti non autosufficienti il massimo di fruibilità, di privacy e di mantenimento dei livelli di autonomia personale. | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3. | È presente un sistema di riscaldamento dotato di regolazione differenziata della temperatura per ambiente. E' presente inoltre un sistema di gestione del microclima, attraverso misure di ricambio dell'aria. | EVIDENZA DOCUMENTALE- Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato |
| 4. | Sono presenti: - luci di emergenza notturne; - linea telefonica e presa TV a disposizione degli ospiti; | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5. | Sono presenti camere da letto singole o doppie. Nel caso di strutture operanti è ammessa una tolleranza del 20% sulle dimensioni delle camere; è ammessa una tolleranza maggiore, comunque contenuta entro i limiti previsti dal vigente regolamento edilizio, in non più di ¼ delle camere | PLANIMETRIA QUOTATA Per le strutture già operative esplicito riferimento al rispetto dei requisiti edilizi a firma di tecnico abilitato EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | Il numero delle camere singole è in misura non inferiore al 10% del totale delle camere del modulo. | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 7. | Per ogni camera è garantito l'accesso ed il movimento di carrozine anche con l'utilizzo di sistemi a binario o presenza di letti con ruote | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 8. | Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati funzionalmente alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. <i>(Nel caso di strutture operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti, anche in condivisione con altro modulo).</i> | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 9. | In tutti i posti letto ed in tutti i servizi igienici sono presenti dispositivi di chiamata di allarme. | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 10. | È presente un locale per esercizio di culto e camera ardente. (*) anche mediante convenzione con presidi e strutture esterne | PLANIMETRIA QUOTATA CONTRATTO CON STRUTTURE ESTERNE |
| 11. | Sono presenti servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 12. | È presente un bagno assistito ogni 45 posti letto anche di diverso setting assistenziale | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|---|---|
| 13. | La residenza garantisce attrezzature per l'assistenza e la sicurezza degli ospiti ed a norma con le disposizioni vigenti in materia, quali: - totalità dei letti articolati con sponde; - materassi e cuscini antidecubito in funzione della necessità; - attrezzature per mobilitazione/mobilità (es. sollevapersone). E' garantita una dotazione minima di proprietà della struttura di deambulatori, carrozzine non personalizzate e ausili per la consumazione dei pasti a letto per una quantità non inferiore al 5 % dei posti letto della struttura - corrimano a parete nei percorsi principali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco attrezzature |
| 14. | La struttura dispone dell'utilizzo di spazi esterni*. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 15. | E' presente uno spazio/palestra con relative attrezzature ed ausili* | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

* Nelle residenze polifunzionali con utenza mista i requisiti strutturali indicati possono essere in comune tra più tipologie di servizio

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO

RISPOSTA

| | | |
|-----|--|--|
| 16. | L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni* - Responsabile della struttura - assistenza socio-sanitaria; - assistenza infermieristica; - riabilitazione; - servizi generali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Organigramma Elenco personale con relativo titolo di studio |
| 17. | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). Il Responsabile della struttura svolge compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 18. | Operatore socio-sanitario: almeno 100 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore. | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio |
| 19. | Sono garantiti almeno 20 min/die di personale Infermieristico per ospite | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio |
| 20. | Sono garantiti almeno 10 minuti/die di personale riabilitativo (fisioterapista) o educativo per ospite, articolati settimanalmente. Il requisito risulta soddisfatto anche con 13 minuti die per ospite di animatore, che sostituisce/integra l'attività riabilitativa. | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio |
| 21. | Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE- Carta servizi |

* Nelle residenze polifunzionali con utenza mista i requisiti organizzativi indicati possono essere in comune tra più tipologie di servizio



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CENTRO DIURNO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|--|--|
| S | R | | |
|---|---|--|--|

- **Denominazione:** Centro Diurno per anziani non autosufficienti
- **Definizione:** Struttura a regime semiresidenziale, con un elevato livello di integrazione socio-sanitaria
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** trattamenti di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione** La capacità ricettiva del Centro Diurno è al massimo di 30 posti giornalieri. Il servizio è aperto per almeno 5 giorni la settimana e per almeno 7 ore al giorno.
- **Durata della permanenza in struttura:** In base al singolo progetto. Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.
- **Modalità di accesso:** attraverso l'Unità Valutativa Integrata del Distretto Sanitario di riferimento dell'ospite.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 1. | Il Centro è privo di barriere architettoniche, e se disposto su più piani, è dotato di impianto ascensore e/o montalettighe* | PLANIMETRIA QUOTATA Dichiarazione di conformità alla normativa a firma di tecnico abilitato EVIDENZA OGGETTIVA |
| 2. | È presente una sala da pranzo luminosa e sufficientemente areata dimensionata sulla ricettività massima prevista (*). | Vedi requisiti generali |
| 3. | Sono presenti servizi igienici adeguati alla tipologia degli ospiti in numero minimo di 1 ogni 8 persone, di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 4. | È presente uno spazio guardaroba con armadietti singoli per effetti e oggetti personali degli ospiti. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5. | Sono presenti corrimano a parete nei percorsi di collegamento. | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | La struttura dispone dell'utilizzo di spazi esterni (*). | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

(*) Qualora il Centro Diurno sia collegato ad altra struttura, i requisiti strutturali indicati possono essere in comune, purché adeguati nel numero, nelle dimensioni e nella fruibilità.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 7. | L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni: a) responsabile di struttura; b) assistenza socio-sanitaria; c) assistenza infermieristica; d) riabilitazione; e) animazione; f) servizi generali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Organigramma Elenco del personale con relativo titolo di studio |
| 8. | È presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). Il Responsabile della struttura svolge compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 9. | Nel Centro sono assicurati i servizi generali e alberghieri | EVIDENZA DOCUMENTALE |
| 10. | Sono previste attività occupazionali, ricreative e di mantenimento delle autonomie | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 11. | Sono previste attività di vita comunitaria, di animazione e tempo libero | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 12. | È presente un servizio di ristorazione con pasti anche personalizzati | EVIDENZA DOCUMENTALE |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|---|--|
| 13. | Sono previste attività di riattivazione psico-motoria / ginnastica dolce | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 14. | È disponibile un servizio di trasporto dal ed al domicilio dell'utente | |
| 15. | Sono garantiti almeno 50 min/die di assistenza globale per ospite di cui: Assistenza Infermieristica 10 minuti/die, OSS 30 min/die, Animatore 10 min/die | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco personale |
| 16. | Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE Carta dei servizi |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|--|--|
| R | 3 | | |
|---|---|--|--|

- **Denominazione:** residenza protetta per anziani non autosufficienti
- **Definizione:** Struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** Persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:** per nuclei di massimo 30 posti letto con la possibilità di autorizzare posti letto di R3D per un massimo del 60% e posti letto R2 per un massimo del 20%. Per le Strutture pre-esistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti.
Sono possibili moduli con setting assistenziali diversi, con l'esclusione di persone minorenni.
- **Durata della permanenza in struttura:** La permanenza può essere temporanea o permanente. Ogni struttura garantisce la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.
- **Modalità di accesso** attraverso l'Unità Valutativa Integrata del Distretto Sanitario di riferimento dell'ospite.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 1. | È privo di barriere architettoniche, e se disposto su più piani, è dotato di impianto ascensore e/o montalettighe* | PLANIMETRIA QUOTATA Dichiarazione di conformità alla normativa a firma di tecnico abilitato EVIDENZA OGGETTIVA |
| 2. | L'organizzazione degli spazi interni (camere, sale comuni, servizi igienici, ecc.) è tale da garantire a ospiti non autosufficienti il massimo di fruibilità, di privacy e di mantenimento dei livelli di autonomia personale. | PLANIMETRIA QUOTATA Con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3. | È presente un sistema di riscaldamento dotato di regolazione differenziata della temperatura per ambiente. È presente inoltre un sistema di gestione del microclima, attraverso misure di ricambio dell'aria. | EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato |
| 4. | Sono presenti: - luci di emergenza notturne; - linea telefonica e presa TV a disposizione degli ospiti; | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5. | Sono presenti camere da letto singole o doppie. Nel caso di strutture operanti è ammessa una tolleranza del 20% sulle dimensioni delle camere; è ammessa una tolleranza maggiore, comunque contenuta entro i limiti previsti dal vigente regolamento edilizio, in non più di 1/4 delle camere | PLANIMETRIA QUOTATA Per le strutture già operative esplicito riferimento al rispetto dei requisiti edilizi a firma di tecnico abilitato EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | Per ogni camera è garantito l'accesso ed il movimento di carrozzine, anche con l'utilizzo di sistemi di trasferimento a binario o presenza di letti con ruote | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi |
| 7. | Il numero delle camere singole è in misura non inferiore al 10% del totale delle camere del modulo | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 8. | Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati funzionalmente alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. <i>(Nel caso di strutture operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti, anche in condivisione con un altro modulo).</i> | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 9. | In tutti i posti letto ed in tutti i servizi igienici sono presenti dispositivi di chiamata di allarme. | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 10. | È presente un locale per esercizio di culto e camera ardente. (*) anche mediante convenzione con presidi e strutture esterne | PLANIMETRIA QUOTATA CONTRATTO CON STRUTTURE ESTERNE |
| 11. | Sono presenti servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza (*) | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 12. | È presente un bagno assistito ogni 45 posti letto anche di diverso setting assistenziale | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|---|--|
| 13. | La residenza garantisce attrezzature per l'assistenza e la sicurezza degli ospiti ed a norma con le disposizioni vigenti in materia, quali: - totalità dei letti articolati con sponde; - materassi e cuscini antidecubito in funzione della necessità; - attrezzature per mobilitazione/mobilità (es. sollevapersone). È garantita una dotazione minima di proprietà della struttura di deambulatori, carrozzine non personalizzate e ausili per la consumazione dei pasti a letto per una quantità non inferiore al 5 % dei posti letto della struttura - corrimano a parete nei percorsi principali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco attrezzature |
| 14. | La struttura dispone dell'utilizzo di-spazi esterni*. | |

(*) Nelle residenze polifunzionali con utenza mista i requisiti strutturali indicati possono essere in comune - purché adeguati nel numero, nelle dimensioni e nell'articolazione interna - tra più tipologie di servizio

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 15. | L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:* - responsabile della struttura - assistenza socio-sanitaria; - assistenza infermieristica; - servizi generali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Organigramma Elenco personale con relativo titolo di studio |
| 16. | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). Il Responsabile della struttura svolge compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali. | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 17. | Operatore socio-sanitario: almeno 80 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza continuativa nelle 24 ore. | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio |
| 18. | Sono garantiti almeno 20 min/die di personale Infermieristico per ospite | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio |
| 19 | Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE Carta dei servizi |

(*) Nelle residenze polifunzionali con utenza mista, i requisiti organizzativi indicati possono essere in comune - purché adeguati alla ricettività ed alla funzionalità della struttura - tra più tipologie di servizio



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA ADULTI

Quadro sinottico delle Strutture dell'Area Adulti

| ADULTI | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|------------------|---|---------------|
| Area | Livello assistenziale | Regime | Denominazione | Codifica |
| Sanitaria extraospedaliera | Intensivo | Residenziale | Hospice | SRCP |
| Sanitaria extraospedaliera | Estensivo | Residenziale | Residenza Collettiva per malati AIDS | RC |
| Sanitaria extraospedaliera | Estensivo | Semiresidenziale | Centro Diurno per malati AIDS | SRC |
| Sociosanitaria | Lungoassistenza/ Mantenimento | Residenziale | Casa alloggio per malati AIDS | CA-HIV |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

HOSPICE

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|---|
| S | R | C | P |
|---|---|---|---|

- **Definizione:** Struttura deputata all'assistenza temporanea delle persone affette da malattie progressive, in fase avanzata e con prevalenti problemi di tipo sanitario, trattabili al di fuori dall'ospedale e in condizioni socio-ambientali incompatibili, definitivamente o temporaneamente, con l'assistenza a domicilio.
- **Caratteristiche utenza con relativo livello di intensità assistenziale:** si rivolge alle persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a prognosi infausta. L'Hospice si colloca nell'Area Sanitaria Extraospedaliera e nel Livello assistenziale Intensivo.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** L'Hospice opera nell'ambito della rete locale di cure palliative e offre servizi volti a garantire:
 - il rispetto della dignità della persona malata in ogni fase di trattamento e cura,
 - l'assistenza medico-infermieristica e le attività di supporto con personale dedicato,
 - gli accertamenti diagnostici,
 - l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale,
 - le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:**
La ricettività massima dell'Hospice è di 30 posti letto e può essere organizzato in moduli.
Il Servizio residenziale è aperto 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per 12 mesi all'anno.
- **Durata della permanenza in struttura:** La permanenza nella struttura non ha durata temporale fissata.
- **Modalità di accesso:** Il canale di accesso al Servizio di Hospice è l'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.), che va differenziato in ragione delle condizioni in cui si prospetta la necessità di intervento (in fase acuta; in fase post acuta; in fase non acuta o cronica). I criteri di accesso e di priorità per l'Hospice sono definiti da apposito atto della Giunta Regionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

“Area destinata alla residenzialità”

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|--|
| 1. | La struttura è localizzata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 2. | L'edificio, specificatamente dedicato, è ubicato nell'ambito di una struttura ospedaliera o residenziale | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3. | La struttura è dotata di camere singole | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 4. | La camera ha dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore, da garantire il confort ambientale e da assicurare lo spazio adeguato per interventi medici | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 5. | La camera ha un tavolo per consumare pasti e una poltrona | PLANIMETRIA QUOTATA con layout degli arredi EVIDENZA OGGETTIVA |
| 6. | La camera è dotata dei servizi igienici accessibili ai disabili | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 7. | È presente una cucina-tisaneria | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 8. | È presente un locale/spazio biancheria pulita | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 9. | È presente un deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 10. | Sono presenti servizi igienici per il personale | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 11. | È presente un ambulatorio mediceria | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 12. | È presente un locale di postazione per il personale di assistenza in posizione idonea | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 13. | È presente un soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura ecc.) | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 14. | È presente un deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

“Area destinata alla valutazione e alla terapia”

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|---|
| 15. | È presente un locale e attrezzature per prestazioni ambulatoriali (antalgiche etc.) | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 16. | È presente un locale per la preparazione e manipolazione dei farmaci e preparazioni nutrizionali | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 17. | È presente uno spazio/locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.) | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 18. | È presente un locale/spazio attrezzature | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

"Aree generali di supporto"

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 19. | È presente un ingresso con portineria, telefono e spazio per le relazioni con il pubblico | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 20. | È presente uno spogliatoio del personale con servizi igienici | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 21. | È presente uno spogliatoio e locali di sosta e lavoro per il personale volontario | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 22. | È presente un locale per riunioni di Équipe | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 23. | Qualora l'Hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di una camera mortuaria | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 24. | Qualora l'Hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di una sala per il culto | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 25. | Qualora l'Hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di un locale per uso amministrativo | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 26. | Qualora l'Hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di una cucina, dispensa e locali accessori per lavanderia e stireria <i>Nota: se questi servizi venissero dati in appalto, la struttura dovrà comunque essere dotata di locali di stoccaggio</i> | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 27. | Qualora l'Hospice non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale è dotata di un magazzino | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 28. | È presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione | EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato |
| 29. | È presente un impianto di illuminazione di emergenza | EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato |
| 30. | È presente un impianto di forza motrice nelle camere con almeno una presa per l'alimentazione normale | EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato |
| 31. | È presente un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 32. | È presente un impianto di gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria | EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato |
| 33. | È presente un impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 34. | È presente un impianto televisivo | EVIDENZA OGGETTIVA |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|-----|---|---|
| 35. | Sono presenti un impianto di filodiffusione e la copertura wi-fi in ogni modulo | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 36. | Sono presenti letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato speciali con schienali regolabili | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 37. | Sono presenti presidi antidecubito | EVIDENZA OGGETTIVA EVIDENZA DOCUMENTALE |
| 38. | Sono presenti attrezzature per mobilitazione, mobilità e trasporto pazienti | EVIDENZA OGGETTIVA EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco attrezzature |
| 39. | Sono presenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia | EVIDENZA OGGETTIVA E DOCUMENTALE Elenco attrezzature |
| 40. | È presente il carrello/borsa per la gestione delle emergenze comprensivo di cardiomonitor e defibrillatore | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 41. | I pavimenti sono in materiale e superficie antisdrucchiolo | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 42. | Sono presenti sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 43. | È presente un sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 44. | È presente un impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 45. | È presente una adeguata segnaletica | EVIDENZA OGGETTIVA Codice colore |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 46. | È permessa la personalizzazione delle stanze | EVIDENZA OGGETTIVA |
| 47. | L'Équipe multiprofessionale è costituita da: <ul style="list-style-type: none"> • medici • infermieri • psicologi • operatori tecnici dell'assistenza e/o operatori socio-sanitari • assistenti sociali e altre figure professionali individuate in base alle esigenze specifiche | EVIDENZA DOCUMENTALE Organigramma |
| 48. | Viene attuato un piano assistenziale personalizzato e rivolto anche alla famiglia | EVIDENZA DOCUMENTALE Cartella sanitaria Piano assistenziale |
| 49. | È individuato un Responsabile di struttura | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 50. | Viene assicurata l'assistenza religiosa | EVIDENZA DOCUMENTALE Carta dei servizi |
| 51. | Viene promossa la collaborazione di associazioni di volontariato, con la presenza di volontari adeguatamente formati e supervisionati, che integrano l'equipe multiprofessionale | EVIDENZA DOCUMENTALE Carta dei servizi |
| 52 | Lo standard assistenziale, determinato sulla base del numero di ore di presenza settimanale di ciascun operatore per ogni ospite presente è il seguente: | |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | |
|----|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• <i>Assistenza medica 40 min/die pro capite 6gg/7</i>• <i>Attività Coordinamento infermieristico: 360 min/die (6gg/7)</i>• <i>Assistenza Infermieristica e OSS per struttura con ≤ 8 posti letto:</i><ul style="list-style-type: none">Assistenza Infermieristica: 180 min. pro die/pro capiteAssistenza OSS: 180 min. pro die/pro capite• <i>Assistenza aggiuntiva OSS per struttura con > 8 posti letto</i><ul style="list-style-type: none">Assistenza OSS : 180 min. pro die/pro capite | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |
| 53 | Reperibilità Medica: reperibilità di personale medico, con riferimento alle indicazioni per la costituzione di "Unità di Cure Palliative-Hospice" di Area Vasta, anche nell'ambito di presidio ospedaliero o servizio territoriale | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RESIDENZA COLLETTIVA PER MALATI AIDS

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|--|--|
| R | C | | |
|---|---|--|--|

- **Denominazione:** Residenza Collettiva per malati AIDS
- **Definizione:** Struttura che ospita malati di AIDS quando il quadro clinico si è stabilizzato e che non dispongono di significative risorse familiari, per poter usufruire di una fase di assistenza estensiva ma sempre incardinati in una rete di protezione sociale e sanitaria.
- **Caratteristiche Utente con relativo livello di intensità assistenziale:** Il servizio si rivolge agli adulti affetti da HIV/AIDS conclamata o affetti da patologie infettivologiche a trasmissione ematica o sessuale, che presentino rilevanti limitazioni all'autosufficienza o che siano privi di un nucleo familiare idoneo o condizioni che ne impediscono l'autonomia presso un proprio domicilio.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** La Residenza Collettiva per malati AIDS offre servizi volti a garantire:
 - La risposta al bisogno di accoglienza extraospedaliera.
 - La presa di coscienza della propria situazione personale nella consapevolezza della malattia e del bisogno di cura.
 - La possibilità di uscire dall'isolamento e dall'emarginazione e ricostruire un tessuto di relazioni sociali.
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:** accoglie un massimo di 12 adulti. L'organizzazione della vita interna è improntata ad uno stile di vita comunitario che salvaguardi gli spazi, i tempi ed i bisogni di ogni persona accolta. Il Servizio residenziale è aperto continuativamente, con operatori presenti nelle 24 ore.
- **Durata della permanenza in struttura:** La permanenza, viene definita sulla base del progetto terapeutico assistenziale elaborato dai Servizi Sanitari pubblici competenti per non più di 24 mesi, con la possibilità di essere rivalutata alla scadenza.
- **Modalità di accesso:** Invio del Servizio Sanitario pubblico che ha la responsabilità della rete terapeutico assistenziale alle persone competente sul territorio di provenienza.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 1 | La superficie degli spazi interni non è inferiore a mq. 125 fino a cinque persone accolte, maggiorata di ulteriori mq. 25 per ogni persona in più accolta, con una tolleranza massima del 10%. | PLANIMETRIA QUOTATA NUMERO OSPITI |
| 2 | Sono presenti servizi igienici in numero minimo di 1 ogni 4 persone, di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza (se la comunità accoglie persone non autosufficienti) | PLANIMETRIA QUOTATA Dichiarazione sulla tipologia di ospiti EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3 | Il Servizio dispone dell'utilizzo di spazi esterni. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--|
| 4 | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 5 | Il responsabile clinico, anche in comune tra più strutture, è un Medico | EVIDENZA DOCUMENTALE CURRICULUM |
| 7 | È garantita la presenza di personale nell'arco delle 24 ore e la <i>compresenza di due operatori dalle ore 8:00 alle ore 20:00</i> | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio |
| 8 | Nella struttura vengono garantite: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza clinica e terapeutica <i>Medico: 60 minuti per utente a settimana</i> <i>Psicologo con specializzazione in psicoterapia: 30 minuti per utente a settimana per sostegno psicologico - individuale e/o di gruppo e/o familiare</i> • Assistenza infermieristica <i>Infermiere: 84 minuti per utente alla settimana, garantendo la somministrazione terapeutica</i> • Assistenza socio-sanitaria <i>OSS: 180 minuti per utente a settimana</i> • Assistenza educativa socio-sanitaria e sociale <i>Educatore professionale o Assistente Sociale: 360 minuti per utente a settimana</i> | EVIDENZA DOCUMENTALE Elenco personale Turni di servizio Curriculum psicoterapeuta |
| 9 | La struttura opera secondo le indicazioni dei responsabili dell'U.O. di malattie infettive presso l'ospedale di riferimento, con cui è assicurato il costante collegamento. | EVIDENZA DOCUMENTALE |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CENTRO DIURNO PER MALATI AIDS

codice paragrafo

| | | | |
|---|---|---|--|
| S | R | C | |
|---|---|---|--|

- **Denominazione:** Centro diurno per malati AIDS
- **Definizione:** Struttura semiresidenziale in cui sono assicurate prestazioni estensive, compreso il counseling psicologico e sociale, di competenza integrata sanitaria e sociale, finalizzate a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale.
- **Caratteristiche utenza con relativo livello di intensità assistenziale:** Il servizio si rivolge alle persone che abbiano: HIV/Aids Conclamato o affetti da patologie infettivologiche a trasmissione ematica o sessuale con
 - una discreta, sufficiente risorsa familiare o una autosufficienza fisica e psichica che permetta di avere una buona cura e igiene di sé;
 - una stabilizzazione del quadro sanitario ed una buona *compliance* alle cure;
 - una discreta capacità di gestione delle relazioni sociali.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** Il Centro Diurno per malati AIDS offre servizi volti a garantire:
 - Il miglioramento della qualità della vita nella consapevolezza della malattia
 - Il miglioramento delle relazioni umane e sociali
 - I percorsi di sostegno alle cure
 - I percorsi di integrazione e di inserimento sociale e lavorativo
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:** Accoglie un massimo di 10 adulti contemporaneamente presenti. L'organizzazione della vita interna è improntata ad uno stile di vita comunitario che salvaguardi gli spazi, i tempi ed i bisogni di ogni persona accolta. Il Servizio è aperto almeno per 36 ore la settimana, 6 giorni su 7, almeno 10 mesi all'anno.
- **Durata della permanenza in struttura:** La permanenza viene definita sulla base del progetto terapeutico assistenziale elaborato dai Servizi Sanitari pubblici competenti per non più di 36 mesi, con la possibilità di essere rivalutata alla scadenza degli stessi.
- **Modalità di accesso:** Invio del Servizio Sanitario pubblico che ha la responsabilità della rete terapeutico assistenziale alle persone competente sul territorio di provenienza.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 1 | La superficie degli spazi interni non è inferiore a mq. 80 fino a cinque persone accolte, maggiorata di ulteriori mq. 16 per ogni persona in più accolta, con una tolleranza massima del 20%. | PLANIMETRIA QUOTATA NUMERO OSPITI |
| 2 | Sono presenti servizi igienici per gli ospiti in numero minimo di 1 ogni sei persone presenti attrezzato per la non autosufficienza (se il Centro diurno accoglie persone non autosufficienti) | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |
| 3 | Il Servizio dispone dell'utilizzo di spazi esterni. | PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|---|
| 4 | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 5 | Sono assicurate le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none">• accompagnamento alle cure mediche e infermieristiche;• animazione socio-culturale;• assistenza psicologica e <i>counselling</i> psicologico e sociale; | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 6 | Nella struttura vengono garantite: <ul style="list-style-type: none">• <i>Psicologo con specializzazione in psicoterapia: 15 min alla settimana pro capite per sostegno psicologico - individuale e/o di gruppo e/o familiare</i>• Assistenza infermieristica: 18 min sett/pro capite• Assistenza educativa socio-sanitaria: <i>Educatore Professionale: 216 min sett/pro capite</i> | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale Curriculum |
| 7 | La struttura opera secondo le indicazioni dei responsabili dell'U.O. di malattie infettive presso l'ospedale di riferimento, con cui è assicurato il costante collegamento. | EVIDENZA DOCUMENTALE |



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CASA ALLOGGIO PER MALATI AIDS

codice paragrafo

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| C | A | H | I | V |
|---|---|---|---|---|

- **Denominazione:** Casa alloggio per malati di AIDS
- **Definizione:** Struttura in cui sono assicurate prestazioni, compreso il counseling psicologico e sociale, di competenza integrata sanitaria e sociale, finalizzate a mantenere l'autonomia funzionale possibile ed a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale.
- **Caratteristiche utenza con relativo livello di intensità assistenziale:** Il servizio si rivolge alle persone che abbiano: HIV/Aids conclamato o affetti da patologie infettivologiche a trasmissione ematica o sessuale con
 - una buona motivazione a non essere istituzionalizzati;
 - una autosufficienza fisica e psichica che permetta di avere una buona cura e igiene di sé e dell'alloggio;
 - una stabilizzazione del quadro sanitario ed una buona *compliance* alle cure;
 - una sufficiente capacità di gestire il denaro;
 - una discreta capacità di gestione delle relazioni sociali.
- **Finalità/Obiettivo di cura:** La Casa alloggio per malati AIDS offre servizi volti a:
 - Evitare l'istituzionalizzazione e diminuire i ricoveri presso le strutture ospedaliere
 - Sostenere le capacità di prendersi cura della propria situazione sanitaria
 - Valorizzare le capacità di autonomia e di relazioni sociali
 - Promuovere l'integrazione sociale e lavorativa
- **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:** La Casa alloggio per malati AIDS accoglie un massimo di 4 adulti. Sono alloggi caratterizzati da spazi di vita autonomi e comunitari, situati in normali contesti abitativi, ma sempre incardinati in una rete di protezione assistenziale sociale e sanitaria. L'organizzazione della vita interna è improntata ad uno stile di vita comunitario che salvaguardi gli spazi, i tempi ed i bisogni di ogni persona accolta. Il Servizio residenziale è aperto continuativamente.
- **Durata della permanenza in struttura:** La permanenza viene definita sulla base del progetto terapeutico assistenziale elaborato dai Servizi Sanitari pubblici competenti per non più di 36 mesi, con la possibilità di essere rivalutata alla scadenza degli stessi.
- **Modalità di accesso:** Invio del Servizio Sanitario pubblico che ha la responsabilità della rete terapeutico assistenziale alle persone competente sul territorio di provenienza.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|--|--------------------------------------|
| 1 | La superficie degli spazi interni utili non è inferiore a mq. 40 a persona con una tolleranza massima del 20%. | PLANIMETRIA QUOTATA |
| 2 | Sono presenti servizi igienici in numero minimo di 1 ogni 4 persone, di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza (se la casa alloggio accoglie persone non autosufficienti). | PLANIMETRIA QUOTATA NUMERO OSPITI |

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

| N.P. | REQUISITO | RISPOSTA |
|------|---|---|
| 3 | E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni). | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 4 | Il responsabile clinico-della struttura, anche in comune tra più strutture è un Medico. | EVIDENZA DOCUMENTALE Curriculum |
| 5 | Sono assicurate le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> • assistenza domestica. • assistenza psicologica. • animazione socio-culturale. • attività di raccordo ed accompagnamento ai servizi socio-sanitari locali. • accompagnamento e costante collegamento con UO di malattie infettive presso l'ospedale di riferimento. | EVIDENZA DOCUMENTALE Pianificazione delle attività |
| 6 | Nella struttura, con riferimento ad una presenza di 4 adulti, vengono garantite: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza clinica e terapeutica: <i>Psicologo con specializzazione in psicoterapia: accesso programmato per ogni singola persona accolta, almeno 60 minuti alla settimana</i> • Assistenza infermieristica: <i>Infermiere: accesso programmato, almeno 60 minuti alla settimana e per eventuali bisogni specifici</i> <i>Assistenza Educativa sociosanitaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Educatore professionale: 840 min. sett/ pro capite | EVIDENZA DOCUMENTALE Turni di servizio Elenco del personale Curriculum |
| 7 | Il personale contribuisce alla creazione di reti che favoriscano l'integrazione sociale attraverso le risorse del territorio (centri di aggregazione, volontariato, ecc.) | EVIDENZA DOCUMENTALE Convenzioni Carta servizi o altro documento utile |
| 8 | La struttura opera secondo le indicazioni dei responsabili dell'U.O. di malattie infettive presso l'ospedale di riferimento, con cui è assicurato il costante collegamento. | EVIDENZA DOCUMENTALE |