

ALLEGATO 2

Criteria, requisiti ed evidenze generali

1. Premessa

Negli ultimi anni è diventata sempre più rilevante la spinta della richiesta ai Servizi sanitari e Sociosanitari di costruire un Sistema di garanzia che abbia la finalità primaria di offrire assistenza integrata, appropriata ed efficace per la presa in carico di persone con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, spesso particolarmente complessi, articolati, e variabili.

È necessario costruire sistemi sensibili ai mutamenti epidemiologici e sociodemografici e alla conseguente trasformazione del bisogno e della domanda di salute e di assistenza, mantenendo adeguati livelli di qualità e sicurezza. Il perseguimento di tali obiettivi trova nell'Accreditamento Istituzionale uno strumento di garanzia, una leva per lo sviluppo delle diverse dimensioni della qualità e per il miglioramento continuo dei Servizi e delle Cure.

Il modello che caratterizza l'ambito sociosanitario deve necessariamente valorizzare il coinvolgimento della persona assistita, della famiglia e della comunità di riferimento, riconoscendone la parte attiva dei processi di cura, di assistenza e di tutela dello stato di salute e benessere.

Il DPCM 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, al Capo IV ("Assistenza sociosanitaria") articola e descrive le differenti tipologie di assistenza sociosanitaria, distinguendo i livelli di complessità e di intensità assistenziale. Lo stesso provvedimento fissa le linee direttrici e i presupposti indispensabili per la definizione di politiche e interventi mirati ed efficaci, individuando in particolar modo nella valutazione multidimensionale del bisogno, nell'unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale, nel piano di assistenza individuale (PAI), i principali riferimenti.

L'obiettivo generale e prevalente nella progettazione, sviluppo, pianificazione, e programmazione del Sistema dei servizi è quello di garantire efficace e appropriata assistenza integrata per la presa in carico di persone con bisogni di salute complessi, variegati, e mutevoli.

Tale Sistema consente al tempo stesso di valutare le dinamiche della trasformazione dei bisogni al fine di migliorare il collegamento tra diverse forme e intensità di assistenza sanitaria e sociosanitaria, mantenendo adeguati livelli di qualità e sicurezza, incrementando l'efficacia, l'efficienza, l'accessibilità e la qualità dei servizi, assicurando un approccio globale e sistemico, per quanto possibile, in grado di favorire la continuità assistenziale, il coordinamento dei servizi, l'appropriatezza e l'integrazione degli interventi, anche di carattere sociale.

Il modello generale del sistema di accreditamento della Regione Emilia-Romagna è stato definito e sviluppato salvaguardando analogie e punti di contatto tra i Servizi Sanitari e i Servizi Sociosanitari per la salute, il benessere e la cura delle persone, nella loro interezza e complessità. Particolare attenzione è stata posta nella definizione dei criteri e nell'individuazione di metodologie adeguate e pertinenti con le specificità caratterizzanti l'ambito sociosanitario, anche al fine di individuare, esplicitare e valorizzare le coerenze e le connessioni del complessivo sistema di cura e servizi rivolto alle persone, alle loro famiglie e ai loro contesti di vita.

2. Metodologia

Con l'Intesa n. 259 del 20 dicembre 2012 (Rep. /CSR) Stato, Regioni e Province autonome hanno condiviso - nell'ambito del documento "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" delle strutture sanitarie - il primo set di criteri, requisiti ed evidenze per il Sistema di accreditamento istituzionale, condivise a livello nazionale. La stessa Intesa (Conferenza Stato-Regioni

n. 259 del 20 dicembre 2012, paragrafo 5) ha previsto la successiva predisposizione di un documento relativo all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private.

A tal fine è stato istituito un Tavolo di lavoro a livello nazionale tra le cui finalità risulta esplicita la definizione di un documento per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie in merito al supporto, sviluppo e applicazione del Sistema di Accreditamento Nazionale e delle "buone pratiche" condivise e documentate.

Da dicembre 2020 a luglio 2021 la Regione Emilia-Romagna ha partecipato ai lavori di due sottogruppi di esperti sull'accreditamento sociosanitario attivati dal "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012), costituito presso il Ministero della Salute e composto da rappresentanti dello stesso Ministero, dell'AGENAS, dell'ISS e delle Regioni e Province autonome, demandati a predisporre:

- "Disciplinare per l'accreditamento sociosanitario" delle strutture sociosanitarie pubbliche e private di cui al Capo IV «integrazione socio-sanitaria» del DPCM 12 gennaio 2017, con particolare riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali, per definire criteri di qualità peculiari dell'assistenza sociosanitaria;
- "Criteri essenziali di sicurezza e qualità del percorso assistenziale della persona non autosufficiente nelle residenze sanitarie assistenziali", applicabili alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) pubbliche e private e a tutte le strutture riconducibili alle tipologie di cui all'articolo 30 del DPCM 12 gennaio 2017 rivolte a persone non autosufficienti.

I due sottogruppi a conclusione dei lavori hanno elaborato due documenti tecnici da sottoporre al percorso politico-istituzionale per l'approvazione a livello nazionale.

A oltre un decennio dall'avvio dell'esperienza dell'accreditamento dei servizi sociosanitari in Emilia-Romagna si è reso necessario un aggiornamento del sistema dei criteri e requisiti di accreditamento, disciplinati dalla DGR 514/2009 e ss.mm.ii., che tenga conto dell'esperienza maturata e delle novità intervenute.

A tal fine è stato istituito e formalizzato con la Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona Salute e Welfare n. 19534 del 14/10/2022 il "Gruppo Regionale per l'aggiornamento del sistema di accreditamento sociosanitario e per lo sviluppo e innovazione della rete dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali".

Il Gruppo vede presenti rappresentanti dei soggetti gestori pubblici e privati, del terzo settore e delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, dei tecnici degli Enti Locali, delle Aziende USL, della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, a cui è stato assegnato l'obiettivo generale di formulare le proposte in merito alle modifiche e aggiornamento in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari e socioassistenziali.

Il modello di accreditamento proposto si fonda sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (rep. atti n. 259/CSR) con particolare riferimento all'Allegato A) "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", sviluppato per le strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. L'opzione è stata quella di specificare i criteri, i requisiti e le evidenze del predetto Disciplinare adattandoli al settore sociosanitario, per renderli più aderenti ad una tipologia di assistenza che ha caratteristiche sue proprie di prossimità, di iniziativa e di continuità assistenziale e che comporta peculiari modalità di garanzia della centralità della persona e della corretta considerazione dei suoi bisogni secondo un approccio di presa in carico globale e la conseguente organizzazione coordinata e unitaria della risposta assistenziale.

Tenendo conto della peculiarità dell'esperienza che contraddistingue il sistema di accreditamento sociosanitario della Regione Emilia-Romagna, e ritenendo allo stesso tempo necessario anche per questo ambito, come già avvenuto per il settore sanitario, rendere omogenee sul territorio nazionale alcune garanzie di qualità delle cure e dell'assistenza, sono stati declinati nel presente documento una serie di

criteri, requisiti ed evidenze considerati essenziali per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private.

Le indicazioni del presente documento si applicano ai seguenti servizi previsti nel sistema della Regione Emilia-Romagna, che costituiscono Livelli essenziali di assistenza ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 - Capo IV ("Assistenza sociosanitaria"):

- servizi a sostegno della domiciliarità
- casa-residenza per anziani non autosufficienti
- centro diurno assistenziale per anziani
- centro socio-riabilitativo residenziale per disabili
- centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili.

3 Criteri, requisiti ed evidenze generali per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie;

2° Criterio - Prestazioni e servizi;

3° Criterio - Aspetti strutturali;

4° Criterio - Competenze del personale;

5° Criterio – Comunicazione;

6° Criterio - Appropriata clinica e sicurezza;

7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione;

8° Criterio – Umanizzazione.

I criteri, i requisiti e le evidenze del presente allegato si applicano a tutti i servizi; negli allegati dei singoli servizi sono inoltre indicate ulteriori evidenze sulla base della specificità di ciascuno servizio.

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie
“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 presenza di un documento di pianificazione strategica del servizio condivisa con il personale, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell’ambito territoriale di riferimento, aggiornata in accordo con i soggetti pubblici nel caso di modifica della programmazione per la durata dell’accreditamento
	1.1.2 presenza del piano annuale in cui vengono indicati: <ul style="list-style-type: none"> • obiettivi e attività; • definizione e allocazione delle relative risorse economiche, umane e tecnologiche; • verifica con indicatori e relativi standard; • modalità di integrazione tra le figure professionali e i volontari, i tirocinanti e gli operatori del servizio civile eventualmente presenti, che svolgono attività aggiuntiva e non sostitutiva.
	1.1.3 presenza di un piano organizzativo che deve dare evidenza della programmazione giornaliera e periodica delle attività, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di funzionamento del servizio, i turni degli operatori, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale, la modalità e gli strumenti adottati per il passaggio delle consegne e la copertura delle presenze e delle assenze
	1.1.4 il piano organizzativo si basa sull’evidenza di un’organizzazione del lavoro centrata sulla progettazione e verifica del piano di assistenza individuale condiviso attraverso incontri sistematici e periodici di confronto, verifica e integrazione interprofessionale (lavoro di équipe) sui singoli casi e sulle attività, dai quali risultino le questioni affrontate e le decisioni prese.
	1.1.5 il soggetto gestore del servizio elabora strategie di fidelizzazione del personale: <ul style="list-style-type: none"> • contrasto all’instabilità del rapporto di lavoro e del turn over; • definizione di politiche incentivanti per il personale; • azioni per lo sviluppo dell’identità sociale e la condivisione della mission • riconoscimento delle specifiche responsabilità professionali e del ruolo identitario degli operatori come produttori di cura e benessere ad ogni livello e per ciascun ospite
	1.1.6 messa a disposizione ed evidenza di tutte le dotazioni e di tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento delle varie attività e mansioni assegnate al personale (in aggiunta a quanto previsto dal Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii.)

	<p>1.1.7 pianificazione, organizzazione ed erogazione dei seguenti servizi di supporto in qualsiasi forma prodotti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alberghieri, • di accompagnamento, • amministrativi, • pulizia dei locali, • degli arredi, • delle attrezzature e degli ausili, <p>nel rispetto dei bisogni e dei ritmi di vita delle persone, assicurando l'integrazione degli stessi. I servizi sono garantiti in modo unitario dal gestore in qualità di unico responsabile, perseguendo il benessere completo della persona ospitata e del personale ivi impiegato</p>
<p>1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno</p>	<p>1.2.1 il servizio promuove e dà evidenza dell'attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, con riferimento anche alle risorse informali (associazioni, enti del terzo settore, servizio civile, parrocchie, ecc..) del territorio, e partecipa a programmi di continuità assistenziale, identificando le interfacce, con i relativi punti di coordinamento e di controllo</p>
	<p>1.2.2 il servizio identifica una figura di collegamento e coordinamento con i servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio per garantire l'interazione e favorire la continuità assistenziale</p>
	<p>1.2.3 evidenza delle modalità per garantire la gestione del dolore e le cure palliative, anche attraverso il supporto dei servizi competenti del territorio e l'adesione ai protocolli operativi della rete locale di cure palliative (RLCP) di riferimento territoriale, quando previsti per la specifica tipologia di utenza</p>
	<p>1.2.4 evidenza di facilitazione alla partecipazione degli utenti ai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) quando previsti e attivati dai servizi pubblici per la specifica tipologia di utenza (es: demenze; autismo; sclerosi multipla; gravi cerebrolesioni, ecc.)</p>
<p>1.3 definizione delle responsabilità</p>	<p>1.3.1 presenza di documentazione che descriva i processi e le relative responsabilità organizzative, assistenziali e professionali (es: organigramma e funzionigramma) con definizione di ruoli e livelli di responsabilità, compresa la responsabilità per la formazione, per il conseguimento degli obiettivi di qualità, per la verifica dei risultati e il miglioramento continuo</p>
	<p>1.3.2 presenza di una documentata attività di rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità delegate da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura</p>

1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	<p>1.4.1 il servizio individua i bisogni informativi, predispone le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità e identifica nell'organigramma un referente del sistema.</p> <p>È richiesto di dare evidenza della presenza di sistemi informativi in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consentire la tracciatura dei dati • fornire il supporto alle attività di pianificazione, controllo e verifica • ottemperare ai debiti informativi verso le istituzioni (es. regionali e nazionali o territoriali, come AUSL e Comuni).
	<p>1.4.2 presenza di una modalità concordata con i servizi territoriali competenti che garantisca la trasparenza e la tempestività delle informazioni e dei dati per il sistema di accesso, presa in carico e dimissioni</p>
	<p>1.4.3. È documentata la conoscenza da parte del personale del sistema informativo in uso e la partecipazione alla raccolta e all'analisi dei dati</p>
	<p>1.4.4. Sono garantiti un sistema di valutazione delle condizioni di bisogno della persona, sulla base delle indicazioni regionali (informatizzato ove previsto) l'assolvimento del debito informativo stabilito con gli interlocutori coinvolti nel processo di cura e assistenza</p>
1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>1.5.1 Formalizzazione e messa in atto di un programma (strumenti, modalità e tempi secondo le modalità definite dall'organizzazione) che includa la definizione degli indicatori e dei relativi standard per la valutazione di qualità dei servizi erogati</p>
	<p>1.5.2 Evidenza di partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione della qualità, elaborazione dei relativi report delle azioni e verifica dei risultati</p>
	<p>1.5.3 Evidenza di modalità per la comunicazione dei risultati delle valutazioni della qualità del servizio alle parti interessate, interne ed esterne, (es: utenti, familiari/caregiver e loro rappresentanze, operatori e servizi territoriali)</p>
1.6 modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	<p>1.6.1 Evidenza delle modalità adottate per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la raccolta e la tracciabilità dei reclami/disservizi • la predisposizione delle azioni e dei piani di miglioramento • le valutazioni e i monitoraggi per il miglioramento • la comunicazione esterna su esiti e analisi di reclami/disservizi
	<p>1.6.2 Evidenza di analisi dei principali processi per individuare le fasi nelle quali si rilevino criticità (ad es. errori e disservizi, mancato passaggio di consegne, ritardi, incomprensioni tra operatore e persona interessata) al fine della loro prevenzione</p>

2° Criterio - Prestazioni e servizi

"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"

REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	<p>2.1.1 presenza di una carta dei servizi, eventualmente anche pubblicata sul sito web della struttura, che espliciti gli impegni del gestore e tenga conto degli indicatori di benessere, revisionata/aggiornata periodicamente (almeno ogni anno), che assicuri informazioni semplici, aggiornate, complete e trasparenti sulle procedure di accesso e di erogazione del servizio, sulle attività offerte alle persone, sulle regole di vita comunitaria e sugli impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/caregiver. Utilizzo dinamico della carta dei servizi con una modalità conforme alla normativa vigente</p> <p>2.1.2 indicazione, in una apposita sezione sul sito web denominata «Liste di attesa», dei criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per lo specifico servizio. In caso di contrattualizzazione le informazioni dovranno essere concordate con gli enti pubblici committenti</p>
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	2.2.1 esplicitazione e formalizzazione dei criteri condivisi per l'eleggibilità e la presa in carico degli utenti con evidenza delle reciproche responsabilità (servizio inviante e servizio accogliente) sulla base delle procedure concordate con i servizi territoriali competenti

	<p>2.2.2 presenza di modalità per la definizione, attuazione, valutazione e riformulazione periodica con eventuali azioni di miglioramento (di norma semestrale o in occasione di cambiamenti significativi) del piano di assistenza individuale o del piano educativo individuale (PAI - PEI) per ogni persona. Il Piano di Assistenza Individuale deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata con strumenti di valutazione comuni e riconosciuti in ambito scientifico e sulla base delle norme nazionali e regionali • individuazione degli obiettivi specifici d'intervento • individuazione dell'operatore referente del piano di assistenza individuale • informazione e coinvolgimento della persona e/o dei suoi familiari/caregiver nella definizione del piano di assistenza individuale dando evidenza della condivisione • modalità per garantire la presa visione dei piani di assistenza individuali da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale • coinvolgimento attivo degli operatori sugli obiettivi del PAI e del PEI, agito sulle caratteristiche soggettive e sui bisogni delle persone • formalizzazione del piano di assistenza individuale, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della responsabilità degli interventi • realizzazione di attività di verifica sul piano di assistenza individuale (procedure, tempi e strumenti) • ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato al PAI/PEI <p>Il Piano di Assistenza Individuale e la periodicità della sua revisione devono essere definiti in accordo e in continuità con il progetto di vita e di cura predisposto dai servizi sanitari e sociali</p>
<p>2.3 continuità assistenziale</p>	<p>2.3.1 formalizzazione e messa in atto di protocolli/procedure per garantire la continuità assistenziale delle persone (appropriatezza dei trasferimenti all'interno, tra nuclei della stessa struttura, delle dimissioni delle persone e delle riammissioni) e definizione delle responsabilità</p> <p>2.3.2 adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti (es: tra i servizi, nuclei) e i processi di dimissione</p> <p>2.3.3 adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione relativa alla persona sia a disposizione degli operatori in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni</p>
<p>2.4 monitoraggio e valutazione</p>	<p>2.4.1 le procedure e i protocolli assistenziali adottati sono aggiornati almeno con periodicità triennale e comunque ogni qualvolta si renda necessario, in aderenza a linee guida/raccomandazioni nazionali/regionali/territoriali, specifiche di settore</p>

	<p>2.4.2 evidenza di valutazione delle situazioni clinico/assistenziali a rischio per la sicurezza delle persone interessate e di adozione di strategie per la riduzione del rischio (es. cadute, lesioni da pressione) attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie specifiche rispetto alla tipologia del servizio</p> <p>2.4.3 facilitazione della partecipazione degli utenti del servizio, in particolare residenziali, ai programmi di screening/diagnosi precoce avviati a livello nazionale e regionale nel caso in cui gli stessi siano tra la popolazione target</p> <p>2.4.4 presenza e messa in atto di modalità per la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, qualora previsto e secondo le indicazioni dei protocolli definiti dall'Azienda sanitaria</p>
2.5 modalità di gestione della documentazione sociosanitaria	<p>2.5.1 presenza di una cartella/fascicolo (secondo le indicazioni regionali) comprensiva del PAI/PEI per la raccolta delle informazioni sociosanitarie di ciascuna persona, preferibilmente in formato elettronico. Sono formalizzate e messe in atto modalità per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione, la valutazione della documentazione sociosanitaria e la definizione dei tempi e modalità di accesso alla stessa da parte delle persone e/o famigliari/caregiver previo consenso da parte dell'interessato/a</p> <p>2.5.2 adozione di una procedura di gestione della cartella/fascicolo sociosanitario garantendo la sicurezza nell'accesso, la tenuta della documentazione e la riservatezza delle informazioni</p>
<p>3° Criterio - Aspetti strutturali <i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i></p>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	<p>3.1.1 devono essere assicurati i requisiti strutturali stabiliti per legge e il possesso della autorizzazione al funzionamento, per le tipologie di servizio per le quali è prevista</p> <p>3.1.2 devono essere assicurate adeguate condizioni di benessere microclimatico delle persone durante l'intero arco dell'anno, mediante il controllo della temperatura, dell'umidità e del ricambio dell'aria. Tale controllo deve garantire la regolazione differenziata dei parametri per area (es. zona giorno-zona notte) della struttura, tenendo conto delle condizioni fisiche delle persone e, dove possibile, delle loro preferenze</p> <p>3.1.3 deve essere predisposta un'autovalutazione descrittiva delle misure adottate per raggiungere le condizioni di benessere microclimatico, che tenga conto degli elementi strutturali, impiantistici, climatici e delle condizioni al contorno</p>

	<p>3.1.4 le autovalutazioni devono contenere un'analisi oggettiva delle condizioni della struttura rispetto al rischio di disagio termico. Elementi essenziali su cui basare l'autovalutazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caratteristiche dell'edificio (trasmissione termica, caratteristiche architettoniche interne ed esterne, ecc.); • Dotazioni impiantistiche per il controllo del microclima, comprensive dei sistemi di regolazione; • Valutazione della zona dal punto di vista climatico (altitudine, zonizzazione, esposizione, ombreggiamento, ecc.); • Prossimità dell'edificio ad aree non edificate / aree verdi. <p>Contestualmente deve essere definito un piano organizzativo che identifichi gli interventi, le soluzioni e le procedure correlate alle diverse situazioni per garantire il benessere microclimatico degli ospiti, comprese le indicazioni utili ad organizzare interventi di base nel periodo estivo e invernale ed indicazioni utili in caso di emergenze climatiche.</p> <p>3.1.5 evidenza della pianificazione di interventi necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione</p> <p>3.1.6 presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale per operatori ed utenti</p> <p>3.1.7 presenza e messa in atto di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate, in particolare nelle strutture di dimensione più ampia, dai dati rilevati rispetto a incidenti, infortuni e altri eventi, quale miglioramento del programma di gestione e di riduzione dei rischi ambientali</p> <p>3.1.8 formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro (comprese le prove tecniche di evacuazione previste dalle normative vigenti)</p>
<p>3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature</p>	<p>3.2.1 il soggetto gestore deve assicurare attrezzature e ausili previsti dal PAI/PEI per il mantenimento del più alto livello di abilità residue, autonomia e benessere personale, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'attivazione tempestiva dei percorsi per l'acquisizione dall'AUSL dei dispositivi medico sanitari, delle apparecchiature elettromedicali, delle attrezzature e degli ausili tecnologici e per la comunicazione previsti nel nomenclatore, nel rispetto delle normative e disposizioni regionali; • la disponibilità, dei dispositivi medico sanitari, delle apparecchiature elettromedicali, delle attrezzature e degli ausili tecnologici e per la comunicazione di base, non personalizzati o non previsti nel nomenclatore. <p>3.2.2 le caratteristiche e la collocazione degli arredi, degli ausili e delle attrezzature devono essere adeguati alle condizioni delle persone, riproponendo un ambiente familiare che garantisca l'autonomia e la sicurezza</p>

	3.2.3 presenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate, che prevede la modalità per la loro identificazione (esclusa l'assistenza domiciliare)
	3.2.4 presenza di un piano per la gestione (compresa la dismissione, la sostituzione e la programmazione degli acquisti) e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature con documentazione degli interventi effettuati. La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature è disponibile per gli addetti alla manutenzione. Il personale attiva le procedure per la manutenzione correttiva (esclusa l'assistenza domiciliare)
	3.2.5 evidenza di addestramento e verifica per il personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione, pulizia, e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, attrezzature, ecc. e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore (esclusa l'assistenza domiciliare)
4° Criterio - Competenze del personale <i>"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1 il personale deve possedere i titoli professionali prescritti e le qualifiche individuate dalla normativa vigente

	<p>4.1.2 presenza di un piano di formazione, anche pluriennale, comprensivo della formazione all'uso delle nuove tecnologie, ove necessario, e della formazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente in tema di sicurezza che, al fine di favorire l'approccio all'integrazione sociosanitaria e interprofessionale, che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura • la rilevazione dei fabbisogni formativi e per il mantenimento delle competenze anche attraverso il coinvolgimento degli operatori • la programmazione delle attività formative • la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione • la condivisione delle conoscenze acquisite • per gli operatori sanitari deve essere previsto un percorso formativo specifico per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio • lo sviluppo di tematiche relative al miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale, al risk management, nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure • apposita formazione per gli operatori sugli aspetti relazionali per assicurare la qualità della comunicazione tra operatori, utenti e loro familiari/caregiver • opportunità di aggiornamento e formazione dei volontari, anche in collaborazione con i Centri servizio volontariato • Programmazione di formazione mirata in riferimento alla tipologia di utenza come previsto nei requisiti specifici. <p>La formazione deve essere documentata in modo tale da rendere riconoscibili i percorsi e i risultati, e per i profili previsti, i crediti formativi.</p> <p>Deve essere assicurato un programma annuale di formazione che interessa tutti gli operatori, che tenga conto anche delle proposte formulate dalla Committenza pubblica (AUSL e Comuni) per le quali deve essere garantita la partecipazione.</p> <p>Per quelli coinvolti nel processo assistenziale almeno per 16 ore annuali, non comprensive della formazione obbligatoria</p>
<p>4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale</p>	<p>4.2.1 presenza e messa in atto di un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale – neoassunto/trasferito – compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni delle persone), della sicurezza e prevenzione del rischio, della umanizzazione</p> <p>4.2.2 sono documentati la specifica formazione ed i curricula professionali degli operatori, tali da assicurare l'espletamento dei contenuti del ruolo lavorativo e delle competenze tecnico-professionali previste all'allegato 3.</p> <p>4.2.3 è documentata la partecipazione del personale alla definizione del bisogno formativo e la disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico-scientifiche.</p>

	<p>4.2.4 il soggetto gestore del servizio attiva azioni di attrazione del personale anche attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • azioni di comunicazione esterna e marketing sociale • contatti e azioni con enti di formazione, scuole, università, agenzie per l'impiego • tirocini all'interno dell'organizzazione.
<p>5° Criterio - Comunicazione <i>“Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”</i></p>	
REQUISITI	EVIDENZE
<p>5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favorisca la partecipazione degli operatori</p>	<p>5.1.1 adozione di modalità di diffusione al personale delle informazioni per la condivisione di mission, politiche, obiettivi di servizio e azioni conseguenti, strumenti e indicazioni, contenuti formativi, dati e informazioni relativi alla valutazione e verifica dei risultati e ai programmi di miglioramento per la qualità e sicurezza delle persone</p>
	<p>5.1.2 valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento, se necessario</p>
<p>5.2 analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori</p>	<p>5.2.1 periodica attività di monitoraggio e valutazione finalizzata a migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l'adesione ai cambiamenti organizzativi, la flessibilità e prevenire fenomeni di burn out del personale, anche attraverso l'uso di strumenti volti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorare le assenze • misurare la soddisfazione • raccogliere le segnalazioni/ i suggerimenti degli operatori • facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità rilevate • promuovere attività di sostegno per gli operatori ai fini del mantenimento della motivazione e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali • garantire forme di supervisione e supporto per gli operatori <p>I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale</p>
<p>5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver</p>	<p>5.3.1 presenza di una modalità strutturata di informazione con persone, familiari/caregiver (incluse precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza condivise con l'AUSL), anche attraverso l'uso di strumenti informativi sintetici</p>
	<p>5.3.2 evidenza di appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver</p>
	<p>5.3.3 modalità concordata con la persona o con i familiari o l'amministratore di sostegno/tutore in caso di incapacità della persona, di gestione degli oggetti personali e del denaro a disposizione della persona per le piccole necessità individuali, tali da garantire la trasparenza</p>
	<p>5.3.4 rilascio della dichiarazione annua relativa alle spese per l'assistenza specifica e medica generica in tempi utili per la fruizione delle agevolazioni fiscali in sede di dichiarazione dei redditi</p>
	<p>5.3.5 garanzia di informazioni sui costi e sulla compartecipazione in modo da definire in maniera chiara i rapporti e i reciproci diritti/doveri tra la struttura, l'ente inviante, le persone interessate, i loro familiari e/o chi li rappresenta</p>

5.4 coinvolgimento delle persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza	5.4.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di informazione alla persona e ai suoi familiari/caregiver sui diritti e le responsabilità, e coinvolgimento della stessa al processo di cura in base al piano di assistenza individuale
	5.4.2 presenza di adeguate modalità di informazione, ascolto e partecipazione attiva delle persone, familiari/caregiver nella gestione delle attività quotidiane del servizio e di socializzazione interna ed esterna.
	5.4.3 presenza di procedure per la garanzia dei diritti delle persone (informazioni, consenso informato, tutela della privacy, protezione da negligenze, discriminazioni, sfruttamento di qualsiasi natura, trattamenti non rispettosi della dignità personale)
	5.4.4 sensibilizzazione del personale all'ascolto e al coinvolgimento proattivo della persona nelle attività previste nel piano individuale (PAI/PEI) o di quelle espresse come preferenza
	5.4.5 modalità di valutazione del coinvolgimento e della partecipazione/soddisfazione delle persone interessate e dei loro caregiver
5.5 modalità di ascolto delle persone	5.5.1 presenza, formalizzazione e diffusione delle modalità di presentazione e gestione di reclami, elogi, osservazioni e suggerimenti
	5.5.2 modalità di valutazione della soddisfazione e dell'esperienza delle persone interessate e famigliari/caregiver
	5.5.3 utilizzo e diffusione dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza delle persone per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate
6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza <i>"Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e devono essere monitorati"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
6.1 approccio alla cura e all'assistenza secondo evidenze scientifiche e linee guida	6.1.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza in relazione alla tipologia di utenza ed in considerazione delle indicazioni nazionali, regionali e della AUSL di riferimento
	6.1.2 coinvolgimento del personale nell'applicazione dei protocolli, raccomandazioni ministeriali/regionali, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, anche attraverso l'accessibilità alla formazione specifica
	6.1.3 sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti relativi all'applicazione degli strumenti sopracitati con l'utilizzo di indicatori definiti o strumenti metodologici che permettano di valutare i risultati attesi. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive e il miglioramento continuo.
6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1 definizione e attuazione di buone pratiche, procedure e raccomandazioni riferibili al contesto specifico e secondo quanto previsto da linee di indirizzo e indicazioni ministeriali, regionali e della AUSL di riferimento per la gestione del rischio e sicurezza di operatori, utenti e ambiente con relativi indicatori di monitoraggio che comprendano anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Messa in atto di strategie per prevenire abusi e maltrattamenti, anche in attuazione di indicazioni ministeriali/regionali

6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 esistenza di un sistema di segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza, riferibili al contesto specifico, almeno per quanto riguarda cadute, lesioni da pressione, utilizzo di farmaci, infezioni, violenze.
	6.3.2 esistenza di un sistema per l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei mancati incidenti/quasi eventi più significativi attraverso metodologie di analisi degli incidenti e di azioni sistematiche di verifica della sicurezza
	6.3.3 implementazione di azioni correttive e di miglioramento della sicurezza risultanti dall'analisi degli eventi segnalati
	6.3.4 presenza, per gli operatori sanitari, di un percorso formativo specifico per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, all'interno del piano di formazione generale di struttura/servizio
	6.3.5 deve essere garantita l'attuazione del progetto terapeutico. Sono assicurate le procedure relative a: <ul style="list-style-type: none"> • l'appropriatezza prescrittiva della terapia farmacologica, e di eventuali indicazioni per l'utilizzo di mezzi di contenzione; • le attività di ricognizione e riconciliazione farmacologica, riferibili al contesto specifico; • un'adeguata individuazione del fabbisogno di farmaci e presidi medico chirurgici • le modalità di gestione, conservazione, distribuzione e somministrazione di farmaci, differenziate in base alla tipologia del servizio, e tali da garantire la sicurezza, con particolare attenzione alla manipolazione delle forme farmaceutiche orali. Il soggetto gestore è tenuto a collaborare con le AUSL per assicurare tutti gli elementi e le informazioni necessarie al monitoraggio ed alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva.
	6.3.6 presenza di piani per la gestione delle emergenze che definiscano le specifiche responsabilità, gli appropriati comportamenti degli operatori del servizio e le modalità di relazione con i servizi competenti, in caso di: <ul style="list-style-type: none"> • emergenza organizzativa, • tecnologica (ad es. improvviso mancato approvvigionamento di gas, acqua, energia elettrica) • ambientale (ad es. fumi provenienti da incendio di attività produttive o depositi industriali, aree limitrofe in stato di degrado e abbandono e/o con accumulo di rifiuti e/o presenza di infestanti, ecc.) • sanitaria (emergenze cliniche, infettive, ecc....) • emergenze correlate ad eventi naturali (terremoti, alluvioni, incendi, ecc.). Devono essere previste azioni da attuare nel breve e medio termine e finalizzate a garantire rapidità e sicurezza nel caso di necessità di trasferimento delle persone; la prosecuzione delle attività sanitarie e assistenziali proprie dei servizi, anche qualora non fosse possibile la permanenza delle persone all'interno del servizio/struttura
6.4 strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di azioni per la gestione del rischio	6.4.1 presenza e messa in atto di modalità per la partecipazione e il coinvolgimento di utenti e familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio, anche attraverso la promozione di buone pratiche per la sicurezza delle cure

7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione

"Il governo delle azioni di miglioramento e l'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"

REQUISITI	EVIDENZE
7.1 progetti di miglioramento e iniziative di innovazione	7.1.1 messa in atto di modalità per lo sviluppo di proposte, progetti e azioni con il coinvolgimento del personale ai fini del miglioramento della qualità del servizio, in autonomia e/o nell'ambito di progetti proposti dall'Azienda sanitaria di riferimento (es. rischio cadute, limitazione della contenzione fisica e farmacologica, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, demenze). Valutazione della loro efficacia e gradimento.
7.2 valutazione delle attrezzature/tecnologie già in uso o da acquisirsi	7.2.1 messa in atto di modalità per la valutazione, acquisizione e allocazione delle attrezzature e strumenti tecnologici ai fini del miglioramento in relazione ai bisogni delle persone direttamente interessate, del personale e dell'organizzazione

8° Criterio - Umanizzazione

"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"

REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 Definizione di modalità adottate e documentazione che evidenzia: <ul style="list-style-type: none">• attenzione alla specificità della singola persona favorendone un percorso di cura che tenga conto delle esigenze personali, familiari e culturali. I familiari possono partecipare al percorso di cura, nel quale sono previsti momenti dedicati e personalizzati di incontro• valorizzazione delle progettualità soggettive delle persone, accoglienza nell'espressione delle emozioni, attenzione alla cura del presente e alla prospettiva di una buona vita, anche con la collaborazione attiva dei familiari, della comunità, delle istituzioni• rispetto dell'autonomia e della libera scelta delle persone come espressione di identità e libertà personale (es: scelte di alimentazione, vestiario, uscite, animali di affezione etc.)
	8.1.2 adozione di modalità organizzative orientate al riconoscimento e al rispetto dei bisogni e delle differenze di ciascuna persona, considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute, di fragilità fisica e psicologica, delle condizioni/esigenze familiari, riferibili allo specifico contesto. Tali modalità devono assicurare la libertà di visita, il contatto e la continuità di relazione tra utenti e familiari tenendo anche conto delle specificità religiose, etniche, culturali e linguistiche, come l'ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari, l'adeguamento quanto più possibile degli orari dell'organizzazione dell'assistenza ai ritmi fisiologici e l'attenzione ai desideri e bisogni della persona, con particolare riferimento all'orario di somministrazione dei pasti, dei riposi pomeridiani e delle alzate.
	8.1.3 l'alimentazione e le diete delle persone sono definite in collaborazione con esperti nutrizionisti, garantendo la variabilità in relazione alla disponibilità stagionale degli alimenti privilegiando l'uso di alimenti freschi e garantendo la possibilità di somministrare diete personalizzate in relazione alle specifiche esigenze dietetiche, di gusto e specificità culturali delle persone interessate

ALLEGATO 3

Personale – Ruoli lavorativi, competenze e requisiti

“La professionalità e l’equilibrio degli operatori del sociale è fondamentale per offrire un servizio di elevata qualità, cosa tanto più rilevante in quanto il lavoro che essi svolgono incide direttamente sulla qualità della vita di persone spesso in condizioni di elevata fragilità.”

(Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023)

Ruoli lavorativi

1. Coordinatore responsabile di servizio/struttura per anziani e disabili
2. Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali (RASA) delle strutture residenziali per anziani
3. Referente delle Attività Assistenziali di servizio/struttura per anziani (RAA)
4. Operatore socio-sanitario (OSS)
5. Infermiere
6. Fisioterapista
7. Educatore
8. Animatore
9. Terapista occupazionale
10. Tecnico della riabilitazione psichiatrica

Nei servizi accreditati per la domiciliarietà di cui alla presente direttiva è inoltre prevista la figura del Tutor, la cui funzione è assicurata da uno degli operatori sopra indicati.

Il Tutor è un operatore, referente del piano personalizzato dell’assistito, che svolge il ruolo di facilitatore nei processi organizzativi che riguardano l’assistenza dell’utente; partecipa alla definizione del piano individualizzato; attiva con tempestività e flessibilità, in relazione al mutare di aspetti quotidiani del bisogno, anche interventi nell’ambito dei servizi strumentali, di supporto o complementari, in accordo con il Coordinatore responsabile del servizio e con il responsabile del caso /UVM. Principi guida dell’attività del Tutor sono la centralità e la partecipazione attiva dell’assistito e dei caregiver, a cui assicura informazione costante, la promozione dell’integrazione delle cure e il lavoro in equipe.

1. COORDINATORE RESPONSABILE DI SERVIZIO/STRUTTURA PER ANZIANI E DISABILI

1.1 Ruolo

Il Coordinatore responsabile di servizi/strutture per anziani e disabili è il responsabile della gestione complessiva del servizio/struttura, con funzioni di indirizzo e coordinamento generale delle attività.

Garantisce il governo unitario del servizio ed è responsabile della gestione delle risorse umane, tecniche ed economiche.

Predisporre la proposta di piano formativo del personale.

Assicura la necessaria continuità del percorso assistenziale della persona rapportandosi e coordinandosi con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari del territorio.

Assicura una verifica costante della qualità ed adeguatezza dell’assistenza erogata, anche mediante la rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari e promuove azioni e processi di miglioramento.

Convoca periodici incontri di confronto e verifica con il RASA e i RAA.

Cura le relazioni con gli interlocutori esterni.

Cura il coordinamento delle attività necessarie per l'alimentazione dei flussi informativi da e verso la committenza, la Regione, ecc.

Nelle strutture con meno di 40 pl accreditati il Coordinatore può svolgere anche il ruolo di RASA, se in possesso dei requisiti indicati più oltre per il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali, prevedendo il rimborso come prestazioni sanitarie con un parametro di 10 ore ogni 30 ospiti.

1.2 Competenze e conoscenze richieste

- Programmazione, gestione e valutazione dei servizi alla persona.
- Rilevazione e valutazione della qualità dei servizi.
- Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.
- Programmazione economico-finanziaria e controllo di gestione, da valutare tenendo conto dei ruoli della complessiva articolazione organizzativa del soggetto gestore.
- Coordinamento dei processi e delle procedure generali del servizio e dei servizi generali (fornitura pasti, servizio di pulizie, servizio di lavanderia, manutenzioni).
- Elaborazione e gestione del budget del servizio.
- Valutazione dei bisogni formativi e di sviluppo delle competenze degli operatori.
- Conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento del sistema dei servizi sociali e sociosanitari regionali.
- Normativa sull'orario di lavoro con particolare riferimento al D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro" e a quanto previsto in materia nel CCNL applicato.

1.3 Requisiti

Il Coordinatore responsabile di servizio/struttura per anziani e disabili deve essere in possesso di uno dei diplomi di laurea vecchio o nuovo ordinamento, unitamente ad un curriculum formativo e professionale adeguato al ruolo ed alle competenze e conoscenze richieste.

Può continuare comunque a ricoprire l'incarico di Coordinatore responsabile di servizio/struttura per anziani e disabili chi ricopre tale incarico alla data di approvazione del presente atto ed ha una documentata esperienza nel ruolo di almeno 12 mesi.

2. RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' SANITARIE E ASSISTENZIALI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI (RASA)

2.1 Ruolo

Il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali delle strutture residenziali per anziani (RASA) garantisce gli standard e la qualità dell'assistenza, ed in particolare:

- Coordina la corretta presa in carico, valutazione multidimensionale e pianificazione assistenziale ed assicura il coordinamento del personale infermieristico, fisioterapico ed assistenziale.
- Collabora con il Coordinatore responsabile della struttura alla rilevazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari.
- Valuta gli eventuali reclami ricevuti e propone al Coordinatore responsabile della struttura le azioni e risposte conseguenti.
- Propone e collabora con il Coordinatore responsabile della struttura per la realizzazione di progetti di miglioramento organizzativo e assistenziale.

- Assicura, insieme al Referente delle attività assistenziali (RAA), una corretta e tempestiva informazione agli assistiti e ai loro familiari sugli aspetti clinico-assistenziali.
- Pianifica e gestisce l'attività del personale infermieristico e fisioterapico, le presenze ed assenze, ivi compresa la predisposizione dei turni, assicurando la continuità assistenziale.
- Pianifica le richieste di acquisizione dei farmaci e del materiale sanitario, tenendone monitorato il consumo.
- Predisporre – in accordo con il Coordinatore responsabile della struttura e coordinandosi con i RAA – i piani di lavoro del servizio e le procedure che favoriscono l'integrazione tra gli operatori ed il corretto passaggio di informazioni e di consegne, a partire dall'utilizzo della cartella sociosanitaria integrata al fine di garantire la continuità assistenziale.
- Cura la definizione, attuazione e manutenzione dei processi condivisi (e facilita l'applicazione dei PDTA validati) che riguardano la continuità assistenziale tra la struttura ed i servizi sanitari ospedalieri e territoriali, favorendo i processi di accesso e dimissione per quanto riguarda invii al pronto soccorso, ricoveri e dimissioni ospedaliere, visite specialistiche e accompagnamenti.
- Coadiuvare il Coordinatore responsabile della struttura – per quanto di competenza e tenuto conto dei ruoli della complessiva articolazione organizzativa del soggetto gestore – nella programmazione economico-finanziaria e nel controllo di gestione.
- Collabora con il Coordinatore responsabile della struttura alla definizione della proposta di piano formativo del personale rilevando il fabbisogno formativo.
- Collabora con il Coordinatore responsabile della struttura nelle attività necessarie per l'alimentazione dei flussi informativi da e verso la committenza, la Regione, ecc...
- Partecipa ai periodici incontri di confronto e verifica convocati dal Coordinatore responsabile della struttura ed a quelli di nucleo da lui convocati.

2.2 Competenze e conoscenze richieste

- Interpretare i bisogni e le domande di assistenza degli utenti di riferimento e definire processi di lavoro congruenti.
- Lavoro per progetti personalizzati ed utilizzo dei principali strumenti di valutazione multidimensionale.
- Utilizzo di metodologie di lavoro integrate e multiprofessionali.
- Pianificazione e coordinamento delle risorse umane e strumentali.
- Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.
- Gestione delle relazioni e collaborazione con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, volontari), favorendo un clima relazionale positivo anche in situazioni critiche.
- Controllo di gestione.
- Utilizzo dei sistemi informativi e informatici del servizio per documentarne le attività.
- Conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari regionali.
- Normativa sull'orario di lavoro con particolare riferimento al D.lgs. 8 aprile 2003, n. 66 "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro" e a quanto previsto in materia nel CCNL applicato.

2.3 Requisiti

Il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali delle CRA è un infermiere in possesso del Master per il coordinamento delle professioni sanitarie; la sua presenza è aggiuntiva rispetto agli standard previsti per l'assistenza infermieristica.

Gli infermieri che non sono in possesso del Master per il coordinamento delle professioni sanitarie, che ricoprono alla data di approvazione della presente direttiva il ruolo di Responsabile delle attività sanitarie ai sensi della DGR n. 514 del 2009, possono ricoprire il ruolo di Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali delle CRA a condizione di conseguire il Master entro 4 anni dall'approvazione della presente direttiva.

In casi particolari il ruolo del RASA può essere assicurato dal personale medico.

3. REFERENTE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI (RAA) DI SERVIZIO/STRUTTURA PER ANZIANI

3.1 Ruolo

Il Referente delle attività assistenziali (RAA) cura e promuove - sulla base delle indicazioni generali del Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali e del Coordinatore - la qualità della vita ed il benessere complessivo degli utenti, coordinando le attività degli OSS che operano nell'unità organizzativa/nucleo di competenza per la corretta gestione delle procedure e dei processi del servizio, con particolare riferimento alle attività assistenziali e ai servizi alberghieri, collaborando con le figure sanitarie, al fine di garantire una piena integrazione dei processi assistenziali.

Interpreta i bisogni e le domande di assistenza degli utenti di riferimento collaborando alla progettazione dei servizi e alla definizione di processi di lavoro congruenti.

Collabora con il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali e con il Coordinatore alla rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei loro familiari.

Valuta gli eventuali reclami ricevuti e propone al Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali e al Coordinatore le azioni e le risposte conseguenti.

Propone e collabora con il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali e con il Coordinatore alla realizzazione di progetti di miglioramento organizzativo e assistenziale.

Cura la qualità delle attività all'interno dell'unità organizzativa/nucleo di competenza, con particolare riferimento all'attività degli operatori sociosanitari, alla fornitura dei pasti e dei presidi non sanitari e agli altri servizi generali (pulizie, lavanderia, manutenzioni).

Pianifica le richieste di acquisizione dei presidi e materiali non sanitari, tenendone monitorato il consumo.

Collabora con il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali e con il Coordinatore, alla definizione dei piani di lavoro del servizio e delle procedure che favoriscono l'integrazione tra gli operatori ed il corretto passaggio di informazioni e di consegne, a partire dall'utilizzo della cartella sociosanitaria integrata al fine di garantire la continuità assistenziale.

Assicura, coordinandosi con il Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali e con il Coordinatore, una corretta e tempestiva informazione agli assistiti e ai loro familiari sugli aspetti assistenziali.

Pianifica e gestisce l'attività del personale sociosanitario e assistenziale, le presenze ed assenze, ivi compresa la predisposizione dei turni, assicurando la continuità assistenziale.

Collabora, tenuto conto dei ruoli della complessiva articolazione organizzativa del soggetto gestore, con il Coordinatore responsabile del servizio/struttura nella programmazione economico-finanziaria e nel controllo di gestione.

Collabora con il Coordinatore responsabile del servizio/struttura alla definizione della proposta di piano formativo del personale.

Collabora con il Coordinatore responsabile del servizio/struttura nelle attività necessarie per l'alimentazione dei flussi informativi da e verso la committenza, la Regione, ecc.

Partecipa ai periodici incontri di confronto e verifica convocati dal Coordinatore responsabile di servizio/struttura e, per le CRA, dal Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali.

3.2 Competenze e conoscenze richieste

- Interpretare i bisogni e le domande di assistenza degli utenti di riferimento e definire processi di lavoro congruenti.
- Lavoro per progetti personalizzati ed utilizzo dei principali strumenti di valutazione multidimensionale.
- Utilizzo di metodologie di lavoro integrate e multiprofessionali.
- Pianificazione e coordinamento delle risorse umane e strumentali.
- Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.
- Gestione delle relazioni e collaborazione con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, volontari), favorendo un clima relazionale positivo anche in situazioni critiche.
- Controllo di gestione.
- Utilizzo dei sistemi informativi e informatici del servizio per documentarne le attività.
- Conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari regionali.
- Normativa sull'orario di lavoro con particolare riferimento al D.lgs. 8 aprile 2003, n. 66 "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro" e a quanto previsto in materia nel CCNL applicato.

3.3 Requisiti

Il Referente delle attività assistenziali è un operatore in possesso del certificato di qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS), del diploma di scuola secondaria di secondo grado e alternativamente di:

- certificato di competenze o di qualifica di "Tecnico esperto nella gestione di servizi" rilasciato dalla Regione Emilia-Romagna ai sensi della L.R. 12/2003.
- certificato di specializzazione per "Responsabile di nucleo delle attività assistenziali" rilasciato dalla Regione Emilia-Romagna ai sensi della Legge quadro n. 845/1978.
- certificato di qualifica rilasciato da altre regioni ai sensi della Legge quadro n. 845/1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze di carattere organizzativo inerenti attività assistenziali di nucleo.
- un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo.

Può inoltre ricoprire l'incarico di Referente delle attività assistenziali:

- l'infermiere;
- chi, alla data di approvazione del presente atto, ha l'incarico di Responsabile delle attività assistenziali ed ha una documentata esperienza nel ruolo di almeno 12 mesi.

4. OPERATORE SOCIO-SANITARIO (OSS).

4.1 Ruolo

L'Operatore socio-sanitario (OSS) svolge attività di cura e di assistenza alle persone in condizione di disagio o di non autosufficienza sul piano fisico e/o psichico, al fine di soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, nonché l'integrazione sociale.

4.2 Competenze e conoscenze richieste

Quelle definite nel Repertorio regionale della formazione professionale.

4.3 Requisiti

Possesso del Certificato di qualifica OSS, rilasciato ai sensi delle normative e direttive in materia.

5. INFERMIERE

5.1 Ruolo

L'infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

In particolare, nelle strutture e nei servizi della presente direttiva: monitora lo stato di salute del paziente e l'andamento delle cure; pianifica e gestisce gli interventi di assistenza infermieristica in base alle esigenze rilevate; educa il paziente sul corretto mantenimento delle terapie; prepara e somministra le terapie farmacologiche; gestisce le lesioni cutanee e le anomalie nelle evacuazioni e nelle minzioni; assiste il medico nelle visite; rileva ed annota i parametri vitali; misura la temperatura corporea e la pressione sanguigna; pratica le iniezioni e prepara terapie endovenose; esegue esami diagnostici semplici (ECG); esegue prelievi di campioni biologici; cura la compilazione della cartella sociosanitaria per la parte infermieristica; partecipa alla definizione ed al monitoraggio del Piano assistenziale individualizzato (PAI) e del Piano educativo individualizzato (PEI); garantisce le altre attività e prestazioni di competenza del profilo professionale.

Gestisce gli aspetti emotivi legati alla condizione ed alla malattia della persona, relazionandosi con lui e con i suoi famigliari con empatia e umanità.

Nelle strutture residenziali per anziani l'infermiere opera secondo le indicazioni organizzative del Responsabile delle attività sanitarie e assistenziali (RASA) e coordinandosi con il Referente delle attività assistenziali (RAA).

5.2 Competenze e conoscenze richieste

Quelle definite dal profilo professionale.

5.3 Requisiti

Diploma di laurea in Infermieristica ed iscrizione all'Albo professionale delle professioni infermieristiche.

6. FISIOTERAPISTA

6.1 Ruolo

Il fisioterapista è un professionista sanitario che lavora, sia in collaborazione con il Medico e le altre professioni sanitarie, sia autonomamente, in rapporto con la persona assistita, valutando e trattando le disfunzioni presenti nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e viscerali conseguenti ad eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita.

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico elabora, nell'ambito Piano assistenziale individualizzato (PAI) e del Piano educativo individualizzato (PEI), il programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute della persona.

Pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali; svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale. Verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Collabora alla definizione di programmi di prevenzione, ad esempio delle cadute, e di mantenimento delle capacità motorie e funzionali.

Propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.

6.2 Competenze e conoscenze richieste

Quelle definite dal profilo professionale.

6.3 Requisiti

Diploma di laurea in Fisioterapia ed iscrizione all'Albo professionale dei fisioterapisti.

Sino ad esaurimento possono essere conteggiati nel rapporto fisioterapista/utenti anche i massofisioterapisti, privi di un titolo equivalente, in servizio presso i servizi alla data di approvazione della DGR 20 aprile 2009, n. 514 a condizione che:

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

7. EDUCATORE PROFESSIONALE

7.1 Ruolo

I servizi accreditati di cui alla presente direttiva richiedono sia competenze in ambito socio-educativo, peculiari dell'educatore professionale socio-pedagogico, che competenze in ambito educativo e riabilitativo, peculiari dell'educatore professionale socio-sanitario, fatti salvi i servizi i cui requisiti specifici richiedano solo uno dei due profili indicati.

7.2 Competenze e conoscenze richieste

Quelle definite dal profilo professionale.

7.3 Requisiti

Ai sensi dei commi 595 e 596 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020*" e ss.mm.ii, l'educatore professionale socio-pedagogico ha conseguito la laurea della classe L19; l'educatore professionale socio-sanitario ha conseguito la laurea abilitante della classe L/SNT2 Professioni sanitarie della riabilitazione e, per svolgere la professione, deve essere iscritto all'Albo degli educatori professionali istituito all'interno degli Ordini dei Tecnici Sanitari di radiologia Medica e delle Professioni sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione.

Ai sensi della legge 15 aprile 2024, n. 55 "*Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione dei relativi albi professionali*", per esercitare la professione di educatore socio-pedagogico è necessaria l'iscrizione all'Albo degli educatori professionali socio-pedagogici dell'Ordine delle professioni pedagogiche e educative, istituito ai sensi del comma 2 dell'articolo 5 della citata legge n. 55 del 2024.

Come previsto al punto 3) del dispositivo della DGR n. 425 del 25 marzo 2019, che in merito alla qualifica di educatore ha recepito quanto previsto dalla citata legge n. 205 del 2017, si dà atto che il personale in servizio al 31 dicembre 2017 con il ruolo di educatore, ricoperto secondo la normativa regionale in vigore alla medesima data, continua ad operare secondo tale normativa, anche in strutture diverse dall'originaria nell'ambito di quelle normate dalla DGR n. 564/00 e ss.mm..

Nei servizi oggetto della presente direttiva, pertanto, dal 1° gennaio 2018, data di entrata in vigore della legge n. 205 del 2017, devono essere presenti - secondo i requisiti specifici delle singole tipologie di servizio - educatori professionali in possesso delle lauree più sopra indicate, come previsto ai commi 595 e 596 della citata legge n. 205 del 2017 ed educatori professionali socio pedagogici che hanno conseguito la qualifica ai sensi dei commi 597 e 598 della medesima legge n. 205 del 2017, fatto salvo quanto più sopra indicato per il personale in servizio al 31 dicembre 2017 e quanto previsto dalle altre norme transitorie della medesima legge n. 205 del 2017.

La citata DGR n. 425 del 2019 dispone inoltre che *“Nelle strutture per le persone con disabilità, in relazione al progetto gestionale del servizio ed a specifici bisogni da parte dell’utenza (ad es. autismo) in sostituzione degli operatori con qualifica di educatore professionale possono essere previsti operatori con il diploma di laurea triennale in Scienze e tecniche psicologiche con un curriculum adeguato.”*.

8. ANIMATORE

8.1 Ruolo

L'animatore organizza e gestisce attività ludiche, espressive e ricreative, volte a stimolare e mantenere le abilità cognitive, manuali e relazionali dell'utente, a coltivare la socialità e ad instaurare dinamiche positive di gruppo, migliorare le relazioni, nel rispetto delle opzioni, delle scelte e delle possibilità di ciascuno.

8.2 Competenze e conoscenze richieste

- Capacità di ascolto, organizzativa e di gestione dei gruppi.
- Capacità di creare un ambiente stimolante, valorizzando la storia, le competenze e le conoscenze degli ospiti.
- Favorire dinamiche di gruppo e relazioni interpersonali, gestendo anche gli eventuali conflitti.

8.3 Requisiti

Possesso di uno dei seguenti titoli professionali:

- certificato di qualifica di “Animatore per attività di gruppo” rilasciato dalla Regione-Emilia Romagna ai sensi della Legge 21 dicembre 1978, n. 845 “Legge-quadro in materia di formazione professionale”;
- certificato di qualifica di “Animatore sociale” rilasciato dalla Regione Emilia-Romagna ai sensi della L.R. 30 giugno 2003, n. 12 “Norme per l’uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l’arco della vita, attraverso il rafforzamento dell’istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro”;
- certificato di qualifica di animatore rilasciato da altre regioni italiane, ai sensi della citata Legge quadro n. 845 del 1978 o delle leggi regionali vigenti in materia di formazione professionale, attestanti competenze relative all’animazione sociale rivolta agli anziani;

Possono inoltre svolgere l’attività di animatore:

- gli operatori in possesso dell’attestato regionale di qualifica di Operatore socio-sanitario (OSS) dichiarati idonei per motivi fisici a svolgere attività di assistenza diretta alla persona e che sono in possesso di curriculum professionale adeguato per il ruolo di animatore.

- gli operatori in possesso di diploma di scuola secondaria di secondo grado, unitamente ad un periodo continuativo di tirocinio, di volontariato o di servizio civile in ambito assistenziale, di almeno dodici mesi ed un curriculum professionale adeguato allo svolgimento del ruolo di animatore.

Nei due casi sopra indicati l'operatore sottoscrive, al momento dell'assunzione dell'incarico o dell'assunzione, un impegno contrattuale a frequentare uno specifico percorso di formazione sul lavoro per il conseguimento della qualifica di animatore; tale corso dovrà avviarsi il più rapidamente possibile e comunque entro quindici mesi dall'assunzione dell'incarico/assunzione e dovrà concludersi con l'acquisizione della qualifica di animatore nell'arco massimo di tre anni dall'assunzione dell'incarico/assunzione.

- gli operatori in possesso dei titoli per l'accesso al ruolo di educatore;

Possono continuare a ricoprire il ruolo di animatore coloro che, alla data di avvio dell'accreditamento definitivo (01/01/2015), possedevano un curriculum formativo e professionale adeguato allo svolgimento del ruolo lavorativo e un'esperienza documentata almeno biennale.

9. TERAPISTA OCCUPAZIONALE

9.1 Ruolo

Il terapeuta occupazionale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali - rappresentative, ludiche, della vita quotidiana. Il terapeuta occupazionale opera, in riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze ed in collaborazione con gli altri operatori sociosanitari che compongono l'equipe di lavoro.

9.2 Competenze e conoscenze richieste

Quelle definite dal profilo professionale.

Nell'ambito dei servizi dedicati alle demenze è richiesta in particolare una competenza specifica in materia di stimolazione cognitiva e gestione degli aspetti comportamentali.

9.3 Requisiti

Laurea in Terapia Occupazionale (DM Sanità 17 gennaio 1997, n. 136) ed iscrizione all'Albo della professione sanitaria di terapeuta occupazionale.

10. TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

10.1 Ruolo

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nell'ambito del Piano assistenziale individualizzato (PAI) partecipa alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità della persona, analizzandone i bisogni e identificando le risorse presenti. Contribuisce all'individuazione degli obiettivi assistenziali formulando specifici interventi mirati a mantenere e migliorare l'autonomia e le relazioni interpersonali.

10.2 Competenze e conoscenze richieste

Quelle definite dal profilo professionale.

Nell'ambito dei servizi dedicati alle demenze è richiesta in particolare una competenza specifica in materia

di stimolazione cognitiva e gestione degli aspetti comportamentali.

10.3 Requisiti

Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (DM Sanità 29 marzo 2001, n. 182), ed iscrizione all'Albo della professione sanitaria di tecnico della riabilitazione psichiatrica.

ALLEGATO 4

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche del centro socio-riabilitativo residenziale (CSRR)

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
<i>“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<p>1.1.1 Nella struttura operano, con specifica programmazione, l’educatore e l’operatore sociosanitario (OSS), secondo le modalità previste nell’allegato 3. Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori (OSS ed educatore) sulla base delle valutazioni della UVM in merito alle condizioni degli utenti, al loro numero, alle necessità di sostegno, agli interventi e alle attività previste nei progetti personalizzati.</p> <p>In particolare, deve essere assicurata la presenza durante le attività di almeno: di 1 operatore ogni 5 ospiti per le persone con disabilità moderata; 1 operatore ogni 3 ospiti per le persone con disabilità severa e 1 operatore ogni 2 ospiti per le persone con disabilità completa.</p>
	<p>1.1.2 In caso di presenza di persone con gravi disturbi del comportamento sulla base delle valutazioni effettuate in UVM deve essere garantito un piano personalizzato con obiettivi e tempi definiti e verifiche periodiche, con un adeguamento del personale educativo ed assistenziale in relazione al piano personalizzato stesso ed attenzione ai fattori ambientali e relazionali che influiscono su tali bisogni.</p>
	<p>1.1.3 Deve essere assicurata la presenza minima di 1 operatore per l’assistenza notturna da adeguarsi in aumento in relazione al numero degli utenti, ai piani personalizzati, alla organizzazione degli spazi (ad es. strutture su più piani o edifici) ed alla disponibilità di supporti tecnologici, garantendo comunque adeguate modalità di copertura della presenza degli operatori in caso di emergenze.</p>
	<p>1.1.4 Il rapporto tra personale assistenziale ed educativo è graduato e definito in relazione all’età e al prevalere dei bisogni di assistenza e/o di autonomia relazionale degli utenti come individuati nel progetto personalizzato e alle valutazioni effettuate dalla UVM, prevedendo almeno 1 educatore ogni 10, in possesso dei requisiti formativi previsti nell’allegato 3 personale.</p>

	<p>1.1.5 Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori (OSS ed educatore) sulla base delle valutazioni della UVM sulle condizioni degli utenti, al loro numero, alle necessità di sostegno, agli interventi e alle attività previste dal piano personalizzato. In particolare, il piano educativo individuale personalizzato (piano personalizzato), formulato all'interno del centro garantisce la continuità assistenziale ed è parte del progetto individuale di vita e di cure personalizzato (progetto personalizzato) definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.</p> <p>L'AUSL assicura, in accordo con il soggetto gestore, la presenza programmata di personale infermieristico e della riabilitazione per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani personalizzati e per l'assistenza indiretta correlata. In caso di necessità di valutazione e/o rivalutazione degli interventi infermieristici e riabilitativi nell'ambito del piano individuale, deve essere prevista la presenza per il tempo necessario alla definizione del piano.</p> <p>Il soggetto gestore, in accordo con l'Ausl, garantisce l'utilizzo della telemedicina per visite e consulenze specialistiche, interventi assistenziali da parte di professionisti sanitari e altre opportunità (ad esempio, televisita, teleassistenza, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleconsulto).</p>
	<p>1.1.6 È documentata un'attività di supervisione tecnica rivolta in particolare al Coordinatore e agli operatori del Centro da parte di personale qualificato in ambito socio-psico-pedagogico.</p>
	<p>1.1.7 È garantita una consulenza da parte di personale qualificato in ambito socio-psico-pedagogico per il supporto di utenti e familiari nonché degli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori.</p>
	<p>1.1.8 È previsto un programma di attività educative e ricreative da svolgere all'interno ed all'esterno della struttura.</p>
	<p>1.1.9 La programmazione delle attività quotidiane, educative e ricreative del centro deve essere formalizzata in forma scritta e condivisa, in équipe, con gli utenti, con i familiari e con i servizi territoriali.</p>
	<p>1.1.10 Nell'ambito dell'organizzazione di cui sopra devono essere svolte le attività educative e riabilitative per il mantenimento e il miglioramento delle abilità, in relazione alle specifiche disabilità come definito nel piano personalizzato.</p> <p>In particolare, devono essere garantiti programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile.</p>

	<p>1.1.11 I piani personalizzati, formulati all'interno del centro, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del Progetto personalizzato definito dai servizi territoriali inviati, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.</p> <p>Il soggetto gestore garantisce per ogni utente una funzione di Tutor del piano personalizzato, che viene svolta da un operatore o dal coordinatore del centro, al fine di assicurare in particolare la tempestività e flessibilità della risposta in relazione al mutare di aspetti quotidiani del bisogno, attivando anche interventi nell'ambito dei servizi complementari, previo accordo con modalità semplificate e tempestive con il Responsabile del caso di Comune o Azienda USL e/o l'UVM.</p> <p>1.1.12 L'organizzazione della giornata al centro ed in particolare le attività devono prevedere una suddivisione in gruppi di utenti non superiori - di norma - a 10, le cui attività sono organizzate e coordinate dal personale educativo.</p> <p>1.1.13 Il soggetto gestore assicura la possibilità di fruire di un servizio di accompagnamento con mezzi e modalità adeguate alle condizioni della persona, anche per esigenze legate alla effettuazione di visite e controlli presso strutture sanitarie, con esclusione dei trasporti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle normative vigenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • direttamente; • mediante accordi di collaborazione, preferibilmente di ambito distrettuale, con soggetti del Terzo settore o altri Soggetti abilitati che assicurano l'accompagnamento di soggetti fragili; • tramite altre modalità concordate con la committenza. <p>1.1.14 In accordo con la committenza, possono essere attivati servizi complementari rivolti sia agli ospiti che ad utenti esterni come, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacanze e attività per il tempo libero aggiuntive rispetto alla programmazione ordinaria; • attività per Durante noi/Dopo di Noi e preparazione alla vita autonoma al di fuori del contesto familiare di origine; • formazione e sostegno per caregiver e assistenti personali; • inserimenti di "sollevio"; • prestazioni sanitarie aggiuntive in accordo con l'Ausl.
<p>1.3 definizione delle responsabilità</p>	<p>1.3.1 È previsto un Coordinatore a tempo pieno per le strutture di almeno 15 posti. Nelle strutture di capacità recettiva inferiore a 15 l'attività del coordinatore deve essere assicurata in modo proporzionale e comunque con almeno 24 ore settimanali.</p>
<p>1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi</p>	<p>1.4.1 Viene assicurato l'assolvimento dei debiti informativi sulla base delle richieste locali, regionali e nazionali.</p>

1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>1.5.1 Devono essere definiti e documentati modalità e strumenti di valutazione della qualità e specifici indicatori di esito almeno sui seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza delle persone con disturbi del comportamento e comportamenti problema pericolosi per sé e per gli altri (aggressività, autolesionismo, comportamenti stereotipati); • riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica (esclusi i presidi di aiuto che non prevedono prescrizione quali ad esempio le spondine al letto); • promozione della qualità della vita e del benessere degli utenti, anche attraverso un programma di attività e di interventi socio-educativi e di partecipazione alla vita della comunità;
2° Criterio - Prestazioni e servizi <i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	<p>2.2.1 In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), inviate dalla UVM competente, il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali o dei nuclei residenziali dedicati garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali in relazione ai piani personalizzati.</p>
2.3 continuità assistenziale	<p>2.3.1 Il Piano Educativo Individuale personalizzato, formulato all'interno del centro, garantisce la continuità assistenziale ed è parte del Progetto Individuale di Vita e di Cure personalizzato definito dai servizi territoriali inviati, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.</p>
3° Criterio - Aspetti strutturali <i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	<p>3.1.1 Per l'erogazione delle prestazioni ed attività sanitarie, devono essere previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • locale per ambulatorio; • servizio igienico; • armadiatura chiusa a chiave idonea alla conservazione dei farmaci. <p>3.1.2 I locali destinati ad attività e alla vita collettiva, devono essere in numero e dimensione adeguati rispetto alla capacità ricettiva massima della struttura prevista nella autorizzazione al funzionamento e alle attività di gruppo programmate.</p>

3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1 Il soggetto gestore assicura le attrezzature e gli ausili di base necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare del riposo, dell'igiene, dell'alimentazione e dell'idratazione, della mobilitazione, della sicurezza e della eliminazione e di quanto previsto dai piani personalizzati.
	3.2.2 Il soggetto gestore deve garantire la disponibilità degli arredi e attrezzature elettromedicali di base, in particolare: termometro, sfigmomanometro, saturimetro, elettrocardiografo (quest'ultimo da verificare).
	3.2.3 Gli arredi, gli ausili e le attrezzature di base devono avere caratteristiche ed essere collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare, tenendo conto delle condizioni e dei disturbi degli utenti.
4° Criterio - Competenze del personale	
<i>"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1 Il soggetto gestore dà evidenza delle modalità attraverso le quali assicura l'idoneità del personale rispetto alla tipologia di utenza sia in fase di selezione e assegnazione con adeguata formazione preliminare e affiancamento, sia attraverso interventi formativi continui e periodici documentati.
5° Criterio - Comunicazione	
<i>"Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.4 coinvolgimento delle persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza	5.4.1 Vengono adottati modalità e strumenti specifici di comunicazione, quali ad esempio la comunicazione aumentativa o il linguaggio facile da leggere e da capire, al fine di assicurare la partecipazione attiva alla vita del servizio da parte delle persone con disabilità, anche a più alta complessità, che devono essere supportate nella vita quotidiana per poter esprimere i propri bisogni, desideri, aspettative e preferenze.
6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza	
<i>"Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e devono essere monitorati"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
6.1 approccio alla cura e all'assistenza secondo evidenze scientifiche e linee guida	6.1.1 Sono documentate le linee guida e le evidenze scientifiche che stanno alla base del progetto gestionale di struttura e dei piani individuali, al fine di rendere esplicito l'approccio teorico, metodologico e tecnico di riferimento.

6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 Il soggetto gestore assicura la collaborazione con l'AUSL in merito alle procedure per la valutazione del rischio e il controllo delle infezioni o in merito alla gestione di altri aspetti rilevanti per la sicurezza degli ospiti quali l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.
7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione <i>"Il governo delle azioni di miglioramento e l'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
7.1 progetti di miglioramento e iniziative di innovazione	7.1.1 Messa in atto di modalità per lo sviluppo di proposte, progetti e azioni con il coinvolgimento di tutto il personale ai fini del miglioramento della qualità del servizio, in autonomia e/o nell'ambito di progetti proposti dall'Azienda sanitaria di riferimento (es. limitazione della contenzione, prevenzione cadute, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, disturbi del comportamento...), valutazione della loro efficacia e gradimento.
7.2 valutazione delle attrezzature/tecnologie già in uso o da acquisirsi	7.2.1 Messa in atto di modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione in relazione ai bisogni delle persone direttamente interessate, del personale e dell'organizzazione.
8° Criterio - Umanizzazione <i>"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 L'organizzazione deve tenere in considerazione i desideri, le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite, nonché distribuire le diverse attività nel corso della giornata, della settimana e dell'anno, in modo coerente e coordinato, tale da garantire ritmi di vita familiari per l'ospite.

ALLEGATO 5

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche del centro socio-riabilitativo diurno (CSR D)

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
<i>“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 Il soggetto gestore assicura una presenza adeguata di operatori (OSS ed educatore) secondo le modalità previste nell’allegato 3 e sulla base delle valutazioni della UVM in merito alle condizioni degli utenti, al loro numero, alle necessità di sostegno, agli interventi e alle attività previste dal piano personalizzato. In particolare:
	1.1.2 deve essere assicurata la presenza durante le attività di almeno 1 operatore ogni 5 ospiti per le persone con disabilità moderata, 1 operatore ogni 3 ospiti per le persone con disabilità severa e di 1 operatore ogni 2 ospiti per le persone con disabilità completa.
	1.1.3 In caso il centro diurno accolga disabili con gravi disturbi del comportamento sulla base delle valutazioni effettuate in UVM deve essere garantito un piano personalizzato con obiettivi e tempi definiti e verifiche periodiche, con un adeguamento del personale educativo ed assistenziale in relazione al piano personalizzato stesso ed attenzione ai fattori ambientali e relazionali che influiscono su tali bisogni garantendo una specifica formazione agli operatori che assistono gli ospiti con disturbi del comportamento.
	1.1.4 Il rapporto tra personale assistenziale ed educativo è graduato e definito in relazione all’età e al prevalere dei bisogni di assistenza e/o di autonomia relazionale degli utenti come individuati nel progetto personalizzato e alle valutazioni effettuate dalla UVM, prevedendo almeno 1 educatore ogni 10 utenti, in possesso dei requisiti formativi previsti nell’allegato 3.
	1.1.5 L’AUSL assicura, in accordo con il soggetto gestore, la presenza programmata di personale infermieristico e della riabilitazione per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani personalizzati e per l’assistenza indiretta correlata. In caso di necessità di valutazione e/o rivalutazione degli interventi infermieristici e riabilitativi nell’ambito del piano individuale, deve essere prevista la presenza per il tempo necessario alla definizione del piano. Il soggetto gestore, in accordo con l’Ausl, assicura l’utilizzo della telemedicina per visite e consulenze specialistiche, interventi assistenziali da parte di professionisti sanitari e altre opportunità (ad esempio, televisita, teleassistenza, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleconsulto).
	1.1.6 È documentata un’attività di supervisione tecnica rivolta in particolare al Coordinatore e agli operatori del Centro da parte di personale qualificato in ambito socio-psico-pedagogico.
	1.1.7 È garantita una consulenza da parte di personale qualificato in ambito socio-psico-pedagogico per il supporto di utenti e familiari nonché per interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori.

	<p>1.1.8 Il Soggetto Gestore assicura la possibilità di fruire di un servizio di accompagnamento dal proprio domicilio al centro e viceversa, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni dell'utente, nel rispetto delle normative vigenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • direttamente; • mediante accordi di collaborazione, preferibilmente di ambito distrettuale, con soggetti del Terzo settore o altri Soggetti abilitati che assicurano l'accompagnamento di soggetti fragili; • tramite altre modalità concordate con la committenza.
	<p>1.1.9 In accordo con la committenza, possono essere attivati servizi complementari rivolti sia agli ospiti che ad utenti esterni come ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingressi anticipati e permanenze prolungate; • periodi di apertura straordinari; • accompagnamento a visite specialistiche; • vacanze e attività per il tempo libero; • attività per Durante noi/Dopo di Noi e preparazione alla vita autonoma al di fuori del contesto familiare di origine; • formazione e sostegno per caregiver familiari e assistenti personali; • inserimenti di "sollievo"; • prestazioni sanitarie aggiuntive in accordo con l'Ausl.
1.3 definizione delle responsabilità	<p>1.3.1 È previsto un Coordinatore per 18 ore alla settimana per le strutture di almeno 15 posti. Nelle strutture di capacità recettiva inferiore a 15 posti l'attività del coordinatore deve essere assicurata in modo proporzionale e comunque con almeno 9 ore settimanali.</p>
1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	<p>1.4.1 Viene assicurato l'assolvimento dei debiti informativi sulla base delle richieste locali, regionali e nazionali.</p>
1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>1.5.1 Devono essere definiti e documentati modalità e strumenti di valutazione della qualità e specifici indicatori di esito almeno sui seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza delle persone con disturbi del comportamento e comportamenti problema pericolosi per sé e per gli altri (aggressività, autolesionismo, comportamenti stereotipati); • riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica (esclusi i presidi di aiuto che non prevedono prescrizione quali ad esempio le spondine al letto); • promozione della qualità della vita e del benessere degli utenti, anche attraverso un programma di attività e di interventi socio-educativi e di partecipazione alla vita della comunità.
<p>2° Criterio - Prestazioni e servizi</p> <p><i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i></p>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	<p>2.1.1 È garantita un'apertura di almeno 7 ore al giorno per cinque giorni la settimana, durante la quale vengono garantite le attività educative e socio-riabilitative, escluso il tempo relativo al trasporto. È prevista la possibilità di procedere ad estensioni dell'orario, delle giornate e dei periodi di apertura in accordo con le famiglie ed i servizi territoriali.</p>

	<p>2.1.2 L'organizzazione deve tenere in considerazione i desideri, le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite, nonché distribuire le diverse attività nel corso della giornata, della settimana e dell'anno, al fine di favorire processi di autonomia personale, inclusione e per quanto possibile di autodeterminazione e di scelta nella vita quotidiana del centro.</p> <p>2.1.3 Nell'ambito dell'organizzazione di cui sopra devono essere svolte le attività educative e riabilitative per il mantenimento e il miglioramento delle abilità, in relazione alle specifiche disabilità come definito nel Piano personalizzato.</p> <p>2.1.4 L'organizzazione della giornata al centro ed in particolare le attività devono prevedere una suddivisione in gruppi di utenti non superiori - di norma - a 10, le cui attività sono organizzate e coordinate dal personale educativo.</p>
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	2.2.1 Il soggetto gestore garantisce per ogni utente una funzione di Tutor del piano personalizzato, che viene svolta da un operatore o dal coordinatore del centro, al fine di assicurare in particolare la tempestività e flessibilità della risposta in relazione al mutare di aspetti quotidiani del bisogno, attivando anche interventi nell'ambito dei servizi complementari, previo accordo con modalità semplificate e tempestive con il Responsabile del caso di Comune o Azienda USL e/o l'UVM.
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Il Piano Educativo Individuale personalizzato, formulato all'interno del centro, garantisce la continuità assistenziale ed è parte del Progetto Individuale di Vita e di Cure personalizzato definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno.
<p>3° Criterio - Aspetti strutturali</p> <p><i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i></p>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 I locali destinati ad attività e alla vita collettiva, devono essere in numero e dimensione adeguati rispetto alla capacità ricettiva massima della struttura prevista nella autorizzazione al funzionamento e alle attività di gruppo programmate.
3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1 Il soggetto gestore assicura le attrezzature e gli ausili di base necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare dell'igiene, dell'alimentazione e dell'idratazione, della mobilizzazione, della sicurezza e della eliminazione e di quanto previsto dai piani personalizzati.
	3.2.2 Il soggetto gestore deve garantire la disponibilità degli arredi e attrezzature elettromedicali di base, in particolare: termometro saturimetro.
	3.2.3 Gli arredi, gli ausili e le attrezzature di base devono avere caratteristiche ed essere collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare, tenendo conto delle condizioni e dei disturbi degli utenti.

4° Criterio - Competenze del personale	
<i>"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1 Il soggetto gestore dà evidenza delle modalità attraverso le quali assicura l' idoneità del personale rispetto alla tipologia di utenza sia in fase di selezione e assegnazione con adeguata formazione preliminare e affiancamento, sia attraverso interventi formativi continui e periodici documentati.
5° Criterio - Comunicazione	
<i>"Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.4 coinvolgimento delle persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza	5.4.1 Vengono adottati modalità e strumenti specifici di comunicazione, quali ad esempio la comunicazione aumentativa o il linguaggio facile da leggere e da capire, al fine di assicurare la partecipazione attiva alla vita del servizio da parte delle persone con disabilità, anche a più alta complessità, che devono essere supportate nella vita quotidiana per poter esprimere i propri bisogni, desideri, aspettative e preferenze.
6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza	
<i>"Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e devono essere monitorati"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
6.1 approccio alla cura e all'assistenza secondo evidenze scientifiche e linee guida	6.1.1 Sono documentate le linee guida e le evidenze scientifiche che stanno alla base del progetto gestionale di struttura e dei piani individuali, al fine di rendere esplicito l'approccio teorico, metodologico e tecnico di riferimento.
6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 Il soggetto gestore assicura la collaborazione con l'AUSL in merito alle procedure per la valutazione del rischio e il controllo delle infezioni o in merito alla gestione di altri aspetti rilevanti per la sicurezza degli ospiti quali l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta.
7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione	
<i>"Il governo delle azioni di miglioramento e l'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
7.1 progetti di miglioramento e iniziative di innovazione	7.1.1 Messa in atto di modalità per lo sviluppo di proposte, progetti e azioni con il coinvolgimento di tutto il personale ai fini del miglioramento della qualità del servizio, in autonomia e/o nell'ambito di progetti proposti dall'Azienda sanitaria di riferimento (es. limitazione della contenzione, prevenzione cadute, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, disturbi del comportamento...), valutazione della loro efficacia e gradimento.

7.2 valutazione delle attrezzature/tecnologie già in uso o da acquisirsi	7.2.1 Messa in atto di modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie di base ai fini della selezione, acquisizione e allocazione in relazione ai bisogni delle persone direttamente interessate, del personale e dell'organizzazione.
8° Criterio - Umanizzazione <i>"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 L'organizzazione deve tenere in considerazione i desideri, le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite, nonché distribuire le diverse attività nel corso della giornata, della settimana e dell'anno, in modo coerente e coordinato, tale da garantire ritmi di vita familiari per l'ospite.

ALLEGATO 6

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche dei nuclei per persone con gravissime disabilità acquisite in strutture residenziali per anziani e persone con disabilità (DGR n. 2068 del 2004)

PREMESSA
In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisita (DGR 2068/04) in strutture o nuclei specifici, Il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata dei nuclei residenziali dedicati, garantendo in aggiunta ai requisiti generali e specifici per le strutture residenziali per anziani e disabili, gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali riportati nel presente allegato. Le modalità di accesso a tali soluzioni residenziali sono definite dalla DGR 2068/04 e successivi
DEFINIZIONE
È uno specifico nucleo sociosanitario per l'accoglienza permanente o temporanea, attivato all'interno di altre strutture residenziali per anziani (casa-residenza per anziani non autosufficienti) o disabili adulti (Centri socio-riabilitativi Residenziali), o in altre tipologie di strutture. L'inserimento in nuclei all'interno di strutture per disabili riguarda preferibilmente casi con mielolesione o con patologie neurologiche involutive che non presentino una particolare complessità come, ad esempio, la presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica.
FINALITÀ
<ul style="list-style-type: none">• Garantire un programma assistenziale a lungo termine a conclusione del percorso riabilitativo (continuità assistenziale);• Promuovere e tutelare lo stato di benessere psicofisico;• Mantenere condizioni sanitarie soggettive ottimali;• Sostenere la famiglia del paziente;• Mantenere le relazioni con l'ambiente sociale di provenienza e favorire l'integrazione sociale nel nuovo contesto residenziale, valorizzando il ruolo delle reti informali e delle associazioni;• Offrire ospitalità anche temporanea con funzioni di "sollevio" e/o di "sostegno/formazione" per la famiglia.
UTENZA
Persone in situazione di handicap gravissimo acquisito in situazione stabilizzata, che abbiano concluso il percorso riabilitativo, con età eguale o superiore a 18 anni, con disabilità conseguenti a: <ul style="list-style-type: none">• gravissime cerebrolesioni, conseguenti a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite...) che ha determinato una condizione di coma, più o meno protratto, a cui sono conseguite disabilità sensoriali, motorie, cognitive e comportamentali permanenti e di norma associate a stato vegetativo o di minima coscienza che condizionano un quadro di totale non autosufficienza;• gravissime mielolesioni, con un danno al midollo spinale di origine traumatica o di altra natura che ha determinato una grave tetraplegia, caratterizzata da deficit funzionale completo e permanente dei quattro arti;• gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc.). Per quanto riguarda queste ultime patologie si deve fare riferimento a gravissimi esiti disabilitanti tipici della fase avanzata o terminale di questo tipo di malattie, con situazioni di totale dipendenza e necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore".
CAPACITÀ RICETTIVA
Il nucleo di norma deve comprendere da 6/8 a 15 ospiti e comunque sino ad un massimo di 30 ospiti (nel caso di 30 ospiti, va prevista l'articolazione in due sotto nuclei). Il nucleo all'interno di Centri Socio-riabilitativi Residenziali per disabili deve comprendere un numero minimo di 4/6 ospiti.

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie

“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<p>1.1.1 Nel servizio deve operare personale sociosanitario e sanitario, organizzato in un'équipe dedicata, in possesso di adeguata qualificazione con competenze tecniche e relazionali, documentate attraverso formazione specifica e adatte a soddisfare i bisogni delle persone con gravissima disabilità acquisita ed a sostenere la relazione con i familiari.</p> <p>1.1.2 Deve essere garantita la presenza quotidiana di personale medico adeguatamente formato in un rapporto di 5 ore settimanali ogni 5 ospiti su 5 giorni feriali; in caso di nuclei superiori ai 10 ospiti, in rapporto di 3 ore aggiuntive ogni 5 ospiti superiori ai 10.</p> <p>Il soggetto gestore deve assicurare accordi e protocolli al fine di garantire:</p> <ul style="list-style-type: none">• l'intervento a chiamata del medico di medicina generale o di struttura durante la fascia diurna;• l'intervento del servizio medico di continuità assistenziale (guardia medica);• gli interventi di emergenza-urgenza, attraverso protocolli e procedure formalizzate con il dipartimento per l'emergenza-urgenza dell'AUSL. <p>Tali accordi e protocolli vengono aggiornati in relazione all'applicazione del DM 77/2022 in merito alla assistenza territoriale sanitaria.</p> <p>Deve essere assicurata la presenza di un numero adeguato di OSS in numero, comunque, non inferiore al rapporto di 1 operatore ogni 1,5 ospiti. In caso di nucleo tale rapporto va valutato anche tenendo conto dell'insieme della dotazione di personale di assistenza della struttura. Nel nucleo deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS durante l'effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilitazione per fini posturali al letto o in carrozzina, igiene quotidiana, bagni, vestizione e svestizione, alimentazione per gli ospiti. Devono inoltre essere garantite le seguenti figure:</p> <ul style="list-style-type: none">• responsabile di nucleo con funzioni anche di coordinamento sanitario, tale funzione viene svolta da personale infermieristico in misura 1 operatore per ogni struttura di almeno 20 posti letto, con riduzione proporzionale al numero degli ospiti, assicurando in ogni caso almeno 18 ore settimanali;• presenza di personale infermieristico nelle 24 ore. In caso di nucleo la presenza sulle 24 ore può essere riferita all'intera struttura, ma in ogni caso durante le attività diurne dedicate al nucleo deve essere assicurata almeno la presenza effettiva di 1 infermiere sino ad un massimo di 20 ospiti e per i casi di particolare complessità (ad esempio in presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica) deve essere assicurata una presenza oraria maggiore in base alle specifiche necessità previste nei piani individualizzati;• un fisioterapista ogni 20 ospiti; <p>In aggiunta per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive, un educatore professionale o un terapeuta occupazionale ogni 20 ospiti. Devono essere assicurati interventi per un totale di 9 ore settimanali</p>

	<p>ogni 10 utenti svolti da personale con qualifica di psicologo con formazione specifica nel campo delle disabilità acquisite per le seguenti funzioni: a) attività clinica rivolta agli ospiti; b) attività di supporto agli ospiti ed ai familiari; c) supervisione per azioni di supporto e prevenzione del burn-out degli operatori. Tale supervisione deve essere documentata.</p> <p>Per quanto riguarda gli interventi sociali, il soggetto gestore assicura il collegamento e la collaborazione con gli operatori sociali del territorio.</p>
<p>1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</p>	<p>1.5.1 Il soggetto gestore deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la previsione di momenti di analisi, di valutazione e programmazione degli interventi, riunioni tra gli operatori a cadenza almeno mensile e verbalizzate; • una procedura per la formulazione del Piano Assistenziale Individuale, sulla base della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, che preveda l'utilizzo di indicatori valutabili: a) sulla prevenzione di danni secondari e complicanze; b) relativi al benessere fisico e psicologico dell'utente e dei familiari, alla soddisfazione dei familiari, e alla tutela della relazione familiari/utente; • all'interno del Piano individualizzato un'adeguata e qualificata valutazione degli ausili anche tecnologici (anche con il supporto di competenze esterne), che possono essere utili per obiettivi di autonomia personale; • la presa visione dei PROGETTI INDIVIDUALI da parte di tutti gli operatori; • a discrezione di ogni struttura l'identificazione di uno strumento unico utilizzabile sia per il trasferimento delle informazioni quotidiane che per l'aggiornamento dei Piani individuali; • la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa; • la previsione di modalità finalizzate a favorire il mantenimento delle relazioni con l'esterno anche attraverso specifiche convenzioni con associazioni di volontariato; • la possibilità per parenti e conoscenti di effettuare visite agli ospiti del nucleo, ove si intenda disciplinarle, eventuali limitazioni devono essere contenute nel Regolamento o carta dei servizi, e comunque assolutamente circoscritte, nel rispetto delle esigenze degli ospiti.

2° Criterio - Prestazioni e servizi

"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"

REQUISITI	EVIDENZE
2.3 continuità assistenziale	<p>2.3.1 Il soggetto gestore deve:</p> <ul style="list-style-type: none">• assicurare secondo le modalità concordate con l'AUSL un riferimento medico costante per il team assistenziale della struttura: un fisiatra per le cerebrolesioni e le mielolesioni ed un neurologo per le patologie neurologiche degenerative;• garantire ed attivare procedure formalizzate, condivise con l'equipe multiprofessionale distrettuale;• modalità di accesso facilitato e congruità dei tempi con l'AUSL di riferimento per:<ul style="list-style-type: none">○ le consulenze specialistiche necessarie quali ad esempio fisiatra, neurologo, pneumologo, otorinolaringoiatra, dermatologo, nutrizionista, odontoiatra, anestesista;○ canali privilegiati e percorsi facilitati per l'accesso ad esami diagnostici strumentali e per gli esami di laboratorio.

3° Criterio - Aspetti strutturali

"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"

REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	<p>3.1.1 Nel nucleo devono essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none">• nel caso di strutture per anziani camere da letto di norma singole, nel caso di strutture per disabili camere da letto con una superficie utile - di norma - di mq 12 per le camere ad un posto e di mq. 18 per le camere a due posti. Sulla base del gradimento dell'ospite e dei familiari è possibile che l'équipe multiprofessionale distrettuale valuti l'opportunità di inserimento in una stanza a due posti in base alla situazione specifica del paziente. Dovrà essere inoltre garantita la possibilità di accoglienza anche notturna, se richiesta, di un familiare nella camera dell'ospite;• servizi igienici per la non autosufficienza collegati alle camere di norma in numero di 1 ogni camera e comunque non meno di 1 ogni due camere, di dimensioni e con disposizioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostegno da parte degli operatori per l'attività di assistenza anche mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento;• campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto adeguati alla tipologia di utenza ospitata e in base alle capacità residue degli ospiti (collegamento interfono o con idonei strumenti di comunicazione);• collegamento telefonico interno alle camere;• possibilità di collegamento Internet;• soggiorno e zona pranzo di nucleo;• locali comuni, anche ad uso polivalente [per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive da destinare anche ad attività occupazionali, di socializzazione e culturali, ecc.]. In caso di nucleo, la dotazione di tali locali potrà essere in comune con il resto della

	<p>struttura;</p> <ul style="list-style-type: none"> • locale dispensa/tisaneria per i familiari, dotato di impianto TV e impianto stereo; • servizi igienici accessibili a persone con disabilità collegati agli spazi comuni in numero minimo di due, di cui uno per visitatori. <p>In caso di nucleo, il servizio igienico per visitatori potrà essere in comune con il resto della struttura;</p> <ul style="list-style-type: none"> • locale per bagno assistito con predisposizioni per vasca assistita [per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive: dotato di vasca assistita]. • In caso di nucleo con un numero di ospiti inferiore a 10, l'utilizzo del bagno assistito può essere in comune con la struttura; • palestra dotata di attrezzature ed ausili in relazione alle condizioni degli ospiti ed alle attività specifiche. In caso di nucleo, la palestra e le relative attrezzature potranno essere utilizzate in comune con la struttura; • locale per il personale di nucleo (guardiola); • locale di servizio per il personale, con servizio igienico. In caso di nucleo, la dotazione di tali locali potrà essere in comune con il resto della struttura; • locale per vuotatoio e lavapadelle di nucleo; • spazio per fumatori nel rispetto della normativa vigente. In caso di nucleo, la dotazione di tale spazio potrà essere in comune con il resto della struttura.
<p>3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature</p>	<p>3.2.1 Gli arredi, le attrezzature e gli utensili devono essere curati, esteticamente gradevoli nonché permettere una idonea funzionalità d'uso e fruibilità in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata. Deve essere garantita agli utenti la possibilità di utilizzare arredi e suppellettili personali. In particolare nel nucleo devono essere presenti: - letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, con comando elettrico e manuale, e con dotazione set di ruote con freno; - materassi antidecubito per soggetti ad alto rischio (ad elementi intercambiabili con compressore ad aria alternata e a lenta cessione d'aria); cuscini antidecubito ad aria e automodellanti (per tutti); - carrozzine specifiche ed adattate all'utenza; dotazione di una carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile, con cuscino antidecubito e a ruote piccole, da utilizzare in caso di necessità; - poltrone relax regolabili ad uso dei familiari; [in aggiunta per le mielolesioni e per le patologie neurologiche involutive: poltrone relax regolabili elettronicamente in numero adeguato agli ospiti nelle condizioni di utilizzarle] - barella doccia (in caso di nucleo la barella doccia può essere anche in comune con la struttura); - idonei sistemi elettrici di sollevamento con dotazione adeguata di sollevatori elettrici in numero proporzionato alla tipologia degli ospiti ed alla presenza di personale e comunque in numero non inferiore ad 1 ogni 10 ospiti, di cui uno con bilancia automatica inserita, o di altri sistemi (ad esempio binario - monorotaia o ad "H"); [in aggiunta per le mielolesioni: standing elettrico; in aggiunta per le patologie neurologiche involutive: standing elettrico e disponibilità di un sollevatore per postura eretta, in relazione ai bisogni degli ospiti]; - almeno 1 letto bobath elettrico (dimensioni minime: cm 200 x cm 120) ed in numero adeguato in relazione alla disponibilità di idonei spazi e del numero di fisioterapisti.</p>

	<p>3.2.2 Attrezzature sanitarie: - elettrocardiografo; - sistema di aspirazione elettrica per le secrezioni bronchiali; - saturimetro; - pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi; - laringoscopio completo; - dotazione dei farmaci per l'emergenza; - apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma delle disposizioni vigenti in materia preferibilmente a parete; - defibrillatore automatico eventualmente anche a disposizione della struttura; - pompa infusione volumetrica – emogasanalisi (EGA). Deve inoltre essere garantita la disponibilità adeguata di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti. Deve essere effettuata emogasanalisi per verificare la necessità di somministrazione dell'ossigeno.</p>
<p>4° Criterio - Competenze del personale</p> <p><i>“L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”</i></p>	
REQUISITI	EVIDENZE
<p>4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica</p>	<p>4.1.1 Deve essere svolta una ricognizione annuale del fabbisogno formativo e predisposto un piano formativo che tenga conto della specificità e complessità dell'assistenza alle persone con gravissima disabilità acquisita, nonché della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali degli ospiti, dei familiari e della tutela della relazione familiari/utente e operatori.</p>
	<p>4.1.2 Il soggetto gestore assicura la partecipazione di tutti gli operatori ad attività formative e di aggiornamento per almeno 30 ore annue, concordate con l'équipe multiprofessionale di ambito distrettuale, con particolare attenzione ai bisogni specifici dell'utenza.</p>
<p>4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale</p>	<p>4.2.1 Deve essere prevista una procedura per l'inserimento di nuovi operatori che preveda anche un periodo di adeguato addestramento/affiancamento al personale del nucleo, della durata di almeno due settimane, da prolungare in caso di necessità di ulteriore addestramento/affiancamento.</p>

ALLEGATO 7

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche per gli inserimenti individuali di persone con gravissime disabilità acquisite in strutture residenziali per anziani e persone con disabilità (DGR n. 2068 del 2004)

PREMESSA
In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), Il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali, garantendo in aggiunta ai requisiti generali e specifici per le strutture residenziali per anziani e disabili, gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali riportati nel presente allegato. Le modalità di accesso a tali soluzioni residenziali sono definite dalla DGR 2068/04 e successivi atti attuativi.
DEFINIZIONE
Al fine di assicurare anche risposte flessibili per garantire la prossimità della struttura di accoglienza al territorio di provenienza del paziente, in modo da favorire al massimo le possibilità di mantenimento delle relazioni significative, si prevede il ricorso anche per singoli inserimenti a strutture residenziali già esistenti per anziani (casa-residenza per anziani non autosufficienti) e per disabili (Centri Socio-Riabilitativi Residenziali). In questo caso è necessario valutare con precisione due elementi: <ul style="list-style-type: none">• le caratteristiche dei soggetti che possono essere inseriti in tali strutture, in considerazione della complessità dei bisogni e di conseguenza dell'assetto organizzativo necessario per garantire un'adeguata ospitalità;• gli elementi strutturali e organizzativi minimi indispensabili per garantire un adeguato inserimento.
FINALITA'
<ul style="list-style-type: none">• Garantire un programma assistenziale a lungo termine a conclusione del percorso riabilitativo (continuità assistenziale);• Promuovere e tutelare lo stato di benessere psicofisico;• Mantenere condizioni sanitarie soggettive ottimali;• Sostenere la famiglia del paziente;• Mantenere le relazioni con l'ambiente sociale di provenienza e favorire l'integrazione sociale nel nuovo contesto residenziale, valorizzando il ruolo delle reti informali e delle associazioni;• Offrire ospitalità anche temporanea con funzioni di "sollevio" e/o di "sostegno/formazione" per la famiglia.
UTENZA
Persone in situazione di handicap gravissimo acquisito in situazione stabilizzata, che abbiano concluso il percorso riabilitativo, con età eguale o superiore a 18 anni, con disabilità conseguenti a: <ul style="list-style-type: none">• gravissime cerebrolesioni, conseguenti a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite...) che ha determinato una condizione di coma, più o meno protratto, a cui sono conseguite disabilità sensoriali, motorie, cognitive e comportamentali permanenti e di norma associate a stato vegetativo o di minima coscienza che condizionano un quadro di totale non autosufficienza;• gravissime mielolesioni, con un danno al midollo spinale di origine traumatica o di altra natura che ha determinato una grave tetraplegia, caratterizzata da deficit funzionale completo e permanente dei quattro arti;• gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc.). Per quanto riguarda queste ultime patologie si deve fare riferimento a gravissimi esiti disabilitanti tipici della fase avanzata o terminale di questo tipo di malattie, con situazioni di totale dipendenza e necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore".
CRITERI SPECIFICI DI ESCLUSIONE PER GLI INSERIMENTI INDIVIDUALI
In linea generale gli inserimenti individuali in strutture per anziani o disabili non debbono riguardare: <ul style="list-style-type: none">• casi di particolare complessità quali ad esempio la presenza di cannule tracheostomiche o ventilazione meccanica. Inserimenti di persone con tali necessità assistenziali, sono comunque possibili se la struttura garantisce un adeguato livello di tutti gli interventi, assicurando tutto ciò che occorre per

garantire una adeguata assistenza;

- inserimenti di persone con capacità cognitiva e relazionale non completamente compromessa per le quali è necessario tener conto dei problemi di adattamento e collocazione ambientale.

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture socio-sanitarie

“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<p>1.1.1 Nel servizio deve operare personale socio-sanitario e sanitario, organizzato in un’équipe dedicata, in possesso di adeguata qualificazione con competenze tecniche e relazionali, documentate attraverso formazione specifica e adatte a soddisfare i bisogni delle persone con gravissima disabilità acquisita ed a sostenere la relazione con i familiari.</p> <p>1.1.2 La dotazione di personale della struttura è incrementata in relazione all’impegno assistenziale richiesto dal piano personalizzato di assistenza della persona con gravissima disabilità acquisita che si accoglie.</p> <p>In ogni caso il soggetto gestore deve assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none">• la presenza di personale infermieristico h 24 nell’ambito della struttura e l’adeguamento della presenza infermieristica in relazione ai bisogni della persona con gravissima disabilità acquisita. Per i casi di particolare complessità dovrà essere assicurata una presenza oraria maggiore in base alle specifiche necessità;• la presenza quotidiana di personale medico su 5 giorni feriali, con un parametro aggiuntivo rispetto a quanto previsto per gli altri ospiti, di 1 h settimanale per ogni persona con grave disabilità acquisita. Per quanto riguarda la richiesta di interventi medici al di fuori della presenza del parametro indicato in precedenza, il soggetto gestore deve assicurare accordi e protocolli al fine di garantire:<ul style="list-style-type: none">- l’intervento a chiamata del medico di medicina generale durante la fascia diurna;- l’interventi del servizio medico di continuità assistenziale;- gli interventi di emergenza-urgenza, attraverso protocolli e procedure formalizzate con il dipartimento per l’emergenza-urgenza dell’AUSL.• la presenza di un numero potenziato e adeguato di OSS tenendo conto dell’insieme della dotazione di personale di assistenza della struttura e dei bisogni assistenziali evidenziati nel piano individualizzato di assistenza, avendo comunque come riferimento di personale per la persona con grave disabilità acquisita un numero di OSS non inferiore al rapporto di 1 operatore ogni 1,5 ospiti. In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS durante l’effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilizzazione per fini posturali al letto o in carrozzina, igiene quotidiana, bagni, vestizione e svestizione, alimentazione per la persona con grave disabilità acquisita;• l’adeguamento della presenza del fisioterapista, nella misura di 1,5 h settimanali aggiuntive per ogni persona con grave disabilità acquisita;• interventi svolti da personale con qualifica di psicologo con formazione specifica nel campo delle disabilità acquisite per le seguenti funzioni:<ul style="list-style-type: none">a) attività clinica rivolta agli ospiti;

	<p>b) attività di supporto agli ospiti ed ai familiari; c) supervisione per azioni di supporto e prevenzione del burn-out degli operatori, in relazione a quanto previsto nel piano individualizzato di assistenza.</p> <p>Per quanto riguarda gli interventi sociali, il soggetto gestore assicura il collegamento e la collaborazione con gli operatori sociali del territorio.</p> <p>1.1.3 Requisiti organizzativo-gestionali Il soggetto gestore deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la previsione di momenti di analisi, di valutazione e programmazione degli interventi, riunioni tra gli operatori a cadenza almeno mensile e verbalizzate; • una procedura per la formulazione del Progetto Assistenziale Individuale, sulla base della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, che preveda l'utilizzo di indicatori valutabili: <ul style="list-style-type: none"> a) sulla prevenzione di danni secondari e complicanze; b) relativi al benessere fisico e psicologico dell'utente e dei familiari, alla soddisfazione dei familiari, e alla tutela della relazione familiari/utente; • all'interno del PAI un'adeguata e qualificata valutazione degli ausili anche tecnologici (anche con il supporto di competenze esterne), che possono essere utili per obiettivi di autonomia personale; • la possibilità di presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori; è a discrezione di ogni struttura l'identificazione di uno strumento unico utilizzabile sia per il trasferimento delle informazioni quotidiane che per l'aggiornamento dei PAI; • la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa; • la previsione di modalità finalizzate a favorire il mantenimento delle relazioni con l'esterno anche attraverso specifiche convenzioni con associazioni di volontariato; • la possibilità per parenti e conoscenti di effettuare visite agli ospiti del nucleo; ove si intenda disciplinarle, eventuali limitazioni devono essere contenute nel regolamento o carta dei servizi, e comunque assolutamente circoscritte, nel rispetto delle esigenze degli ospiti.
<p>1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno</p>	<p>1.2.1 Assistenza specialistica Il soggetto gestore deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assicurare secondo le modalità concordate con l'AUSL un riferimento medico costante per il team assistenziale della struttura: un fisiatra per le cerebrolesioni e le mielolesioni ed un neurologo per le patologie neurologiche degenerative; • garantire ed attivare procedure formalizzate, condivise con l'equipe multiprofessionale distrettuale, (modalità di accesso facilitato e congruità dei tempi) con l'AUSL di riferimento per: <ul style="list-style-type: none"> - le consulenze specialistiche necessarie quali ad esempio: fisiatra, neurologo, pneumologo, otorinolaringoiatra, dermatologo, nutrizionista, odontoiatra, anestesista; - canali privilegiati e percorsi facilitati per l'accesso ad esami diagnostici strumentali e per gli esami di laboratorio.

2° Criterio - Prestazioni e servizi	
<i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	<p>2.1.1 Deve essere garantita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa); • la previsione di modalità finalizzate a favorire il mantenimento delle relazioni con l'esterno anche attraverso specifiche convenzioni con associazioni di volontariato; • la possibilità per parenti e conoscenti di effettuare visite agli ospiti del nucleo, ove si intenda disciplinarle, eventuali limitazioni devono essere contenute nel Regolamento o carta dei servizi, e comunque assolutamente circoscritte, nel rispetto delle esigenze degli ospiti.
3° Criterio - Aspetti strutturali	
<i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	<p>3.1.1 L'inserimento deve avvenire di norma in camere da letto singole. Sulla base del gradimento dell'ospite e dei familiari è possibile che l'équipe multiprofessionale distrettuale valuti l'opportunità di inserimento in una stanza a due posti in base alla situazione specifica del paziente. Dovrà essere inoltre garantita la possibilità di accoglienza anche notturna, se richiesta, di un familiare nella camera dell'ospite. Le camere inoltre dovranno essere dotate di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servizi igienici per la non autosufficienza collegati alle camere, di dimensioni e con disposizioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostegno da parte degli operatori per l'attività di assistenza anche mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento; • campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per i posti letto adeguati alla persona/e con disabilità gravissima acquisita ospitata/e (collegamento interfono o con idonei strumenti di comunicazione); • collegamento telefonico interno alle camere. <p>La/e camera/e devono essere collocate possibilmente in area riservata o comunque non promiscua con gli altri ospiti della struttura. Deve essere fruibile e facilmente accessibile un locale per bagno assistito ed una palestra dotata di attrezzature ed ausili in relazione alle condizioni degli ospiti ed alle attività specifiche.</p>

3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	<p>3.2.1 In relazione ad inserimenti individuali di persone con disabilità gravissima acquisita disabili devono essere garantiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, con comando elettrico e manuale, e con dotazione set di ruote con freno; • materassi antidecubito per soggetti ad alto rischio (ad elementi intercambiabili con compressore ad aria alternata e a lenta cessione d'aria); • cuscini antidecubito ad aria e automodellanti (per tutti); • carrozzine specifiche ed adattate all'utenza; dotazione di una carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile, con cuscino antidecubito e a ruote piccole, da utilizzare in caso di necessità; • poltrona/e relax regolabile/i ad uso dei familiari; • barella doccia; • dotazione di un sollevatore elettrico con bilancia automatica inserita; • possibilità di adeguato utilizzo di letto bobath elettrico. <p>3.2.2 Attrezzature sanitarie: - elettrocardiografo; - sistema di aspirazione elettrica per le secrezioni bronchiali; - saturimetro; - pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi; - laringoscopio completo; - dotazione dei farmaci per l'emergenza; - apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma delle disposizioni vigenti in materia preferibilmente a parete; - defibrillatore automatico eventualmente anche a disposizione della struttura; - pompa infusione volumetrica – emogasanalisi (EGA). Deve inoltre essere garantita la disponibilità adeguata di pompe per l'alimentazione entrale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti. Deve essere effettuata emogasanalisi per verificare la necessità di somministrazione dell'ossigeno.</p>
4° Criterio - Competenze del personale <i>“L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	<p>4.1.1 Deve essere svolta una ricognizione annuale del fabbisogno formativo e predisposto un piano formativo che tenga conto della specificità e complessità dell'assistenza alle persone con gravissima disabilità acquisita, nonché della soddisfazione dei bisogni psicorelazionali degli ospiti, dei familiari e della tutela della relazione familiari/utente e operatori;</p> <p>4.1.2 Il soggetto gestore assicura la partecipazione di tutti gli operatori ad attività formative e di aggiornamento per almeno 30 ore annue, concordate con l'équipe multiprofessionale di ambito distrettuale, con particolare attenzione ai bisogni specifici dell'utenza.</p>
4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale	<p>4.2.1 Deve essere prevista una procedura per l'inserimento di nuovi operatori che preveda anche un periodo di adeguato addestramento/affiancamento al personale del nucleo, della durata di almeno due settimane.</p>

5° Criterio - Comunicazione

“Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”

REQUISITI	EVIDENZE
5.4 coinvolgimento delle persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza	5.4.1 L'organizzazione della vita e delle attività deve essere orientata alla normale vita familiare e in grado di garantire il più alto livello possibile di partecipazione.

ALLEGATO 8

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche della Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
<i>“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<p>1.1.1 Deve operare nella struttura, con specifica programmazione, l’operatore sociosanitario (OSS) secondo le modalità previste nell’allegato 3.</p> <p>Il soggetto gestore assicura una adeguata presenza di personale qualificato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti come individuati nei piani personalizzati, assicurando la necessaria flessibilità nella fruizione del servizio, e comunque nella misura minima di:</p>
	<p>1.1.2 Operatori sociosanitari nel rapporto definito in funzione dei bisogni assistenziali degli ospiti, prevedendo il rapporto minimo di 1 operatore ogni 2,1 anziani, per assistenza diurna e notturna, con esclusione delle funzioni connesse alla pulizia degli spazi.</p> <p>Il rapporto minimo può essere incrementato in accordo con la committenza in relazione alle condizioni e/o all’aumento del bisogno assistenziale espresso dagli ospiti, anche attraverso lo sviluppo di progettualità condivise con l’ente gestore ed il committente.</p> <p>Nel turno notturno:</p> <ul style="list-style-type: none">• nelle strutture fino a 60 ospiti è garantita la presenza di almeno 2 operatori;• nelle strutture superiori ai 60 ospiti è garantita la presenza di 1 operatore ogni 30 ospiti;• la presenza degli operatori è adeguata anche in relazione alle caratteristiche strutturali della CRA (per esempio, strutture articolate su più piani) garantendo di norma almeno 1 operatore per ogni piano.• in base a quanto previsto nei PAI con riferimento alle esigenze cliniche e a quelle assistenziali, è garantita la presenza di due operatori, considerando sia gli operatori sociosanitari che il personale infermieristico.
	<p>1.1.2 bis Nell’ottica di un’ulteriore qualificazione dei servizi in funzione della crescente complessità clinico assistenziale degli ospiti delle CRA legata alle prospettive demografiche, dopo cinque anni dalla pubblicazione sul BUR della deliberazione che approva il presente allegato, il parametro di personale assistenziale previsto al primo capoverso del precedente punto 1.1.2 è sostituito dal seguente: “Operatori sociosanitari nel rapporto definito in funzione dei bisogni assistenziali degli ospiti, prevedendo il rapporto minimo di 1 operatore ogni 2 anziani, per assistenza diurna e notturna, con esclusione delle funzioni connesse alla pulizia degli spazi.”</p>
	<p>1.1.3 In ogni caso deve essere assicurata, se prevista dal piano personalizzato, la presenza contemporanea di due OSS durante l’effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilitazione</p>

	<p>per fini posturali a letto e/o in carrozzina, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;</p> <p>Vengono valutate ed esplicitate le modalità e i tempi appropriati per ciascun ospite, privilegiando l'igiene personale completa (bagno, doccia) quando non sono presenti controindicazioni esplicitate dal medico curante.</p> <p>La pianificazione delle attività tiene conto dell'impegno richiesto per queste prestazioni.</p>
	<p>1.1.4 Un referente di nucleo per le attività assistenziali con rapporto minimo non inferiore a 1 ogni 30 ospiti: referente delle attività assistenziali (RAA) o infermiere per i nuclei che ospitano persone a più alta complessità sanitaria che richiedono maggiore integrazione socio-sanitaria. Nelle strutture con un solo nucleo ed una capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) sino a 30 posti letto, il coordinatore responsabile a tempo pieno può svolgere anche le funzioni di referente di nucleo. Nelle strutture con una capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) tra i 31 e 40 posti, il coordinatore responsabile a tempo pieno può svolgere le funzioni di referente di nucleo a condizione di essere affiancato da un RAA.</p>
	<p>1.1.5 Infermieri nel rapporto minimo di 1 ogni 9 anziani da aumentare in relazione ai bisogni di salute degli ospiti con riferimento a quanto previsto nei piani personalizzati e in relazione ai nuclei a più elevata intensità assistenziale (es. nuclei ex RSA, nuclei ad alta intensità assistenziale), comunque assicurando, la presenza infermieristica 24 ore su 24.</p>
	<p>1.1.6 fisioterapista nel rapporto minimo di 1 ogni 60 ospiti, da aumentare sino ad 1 ogni 30 in relazione ai bisogni riabilitativi e di mantenimento degli ospiti secondo quanto previsto nei piani operativi.</p>
	<p>1.1.7 un medico con presenza programmata da un minimo di 5 ore settimanali a un massimo di 15 ogni 25 anziani in relazione alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti.</p> <p>È garantita inoltre la collaborazione con gli specialisti dell'Ausl (es. geriatra).</p>
	<p>1.1.8 Un responsabile delle attività sanitarie e assistenziali (RASA): operatore sanitario, (infermiere o medico), con presenza programmata diurna e aggiuntiva al turno infermieristico di 12 ore settimanali diurne ogni 30 posti letto.</p>

	<p>1.1.9 Nelle strutture con capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) da 35 a 75 posti letto il soggetto gestore assicura l'attività di un coordinatore responsabile di servizio/struttura a tempo pieno. Per le strutture già esistenti (ai sensi del punto 3.1.1) con capacità ricettiva complessiva (come sopra indicata) tra i 76 e i 120 posti letto, l'attività del coordinatore responsabile di servizio/struttura deve essere potenziata secondo le modalità più consone in relazione alla propria organizzazione, in alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adeguando proporzionalmente le ore di attività del coordinatore responsabile con una seconda unità che assicuri almeno 1/3 del debito orario • individuando un solo coordinatore a condizione che il numero dei RAA sia aumentato di una unità rispetto al numero dei nuclei, unità che deve assicurare 1/2 del debito orario se la capacità ricettiva complessiva (come sopra indicata) è compresa tra 76 e 99 posti e l'intero debito orario se compresa tra 100 e 120 posti. • avvalendosi, nell'esercizio dei compiti che la normativa attribuisce al ruolo del coordinatore responsabile, del supporto/affiancamento documentato puntualmente nei contratti di servizio e stabile di altre figure professionali, con livello di inquadramento pari o superiore e con specifiche competenze organizzative e gestionali. <p>Nelle strutture di capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) inferiore ai 35 ospiti il coordinatore deve assicurare almeno 2/3 del debito orario.</p> <p>Nelle strutture con meno di 40 posti letto autorizzati e accreditati il coordinatore responsabile del servizio può svolgere anche il ruolo di responsabile delle attività sanitarie e assistenziali (se in possesso dei requisiti previsti per lo svolgimento del ruolo) prevedendo una presenza oraria aggiuntiva di 12 ore ogni 30 ospiti</p>
	<p>1.1.10 Il soggetto gestore deve assicurare la presenza di un animatore per attività programmate ogni 40 ospiti e può avvalersi, per attività specifiche, anche delle figure del terapeuta occupazionale e dell'educatore.</p>
	<p>1.1.11 In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali o dei nuclei residenziali dedicati, garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato 6 e nell'allegato 7.</p>
	<p>1.1.12 In caso di attivazione, sulla base delle esigenze della programmazione territoriale, di nuclei residenziali dedicati a ospiti con demenza nella fase con disturbi comportamentali che hanno bisogno di accoglienza temporanea, il soggetto gestore ne assicura la gestione integrata garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato 9.</p>

	<p>1.1.13 È garantita e documentata la consulenza dello psicologo per gli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori, e secondo quanto previsto da specifico programma di struttura, con definizione della presenza oraria necessaria. È inoltre garantito il supporto emotivo, psicologico e relazionale degli utenti e familiari in relazione a quanto previsto dai piani personalizzati, anche in raccordo con l'Ausl, e favorendo la partecipazione a eventuali gruppi di supporto e auto-mutuo aiuto.</p> <p>Il soggetto gestore, in accordo con l'Ausl, può avvalersi anche di altre figure professionali (es. terapeuta occupazionale, logopedista, ecc.) in funzione dei bisogni evidenziati nel progetto personalizzato, in particolare per le persone con demenza e altre patologie specifiche (es. Parkinson, ecc.)</p>
	<p>1.1.14 Il soggetto gestore garantisce l'adesione agli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa (es. geriatra, fisiatra, palliativista, logopedista, pneumologo, infettivologo, oculista, cardiologo, diabetologo, ecc.) rivolta alla struttura, ai trasporti sanitari, accertamenti diagnostici ed alle modalità di ricovero e dimissione ospedaliera. Tali consulenze, laddove possibile, possono essere svolte anche attraverso funzionalità di telemedicina.</p> <p>Il soggetto gestore partecipa a e promuove incontri di verifica periodica.</p>
	<p>1.1.15 Il Soggetto gestore assicura la disponibilità, per gli ospiti, dei servizi di cura della persona (pedicure/ manicure, barbiere/ parrucchiere, podologo).</p>
	<p>1.1.16 È assicurata l'elaborazione, la verifica e l'aggiornamento di uno specifico Programma (settimanale) di attività motoria e di riattivazione funzionale, individuale e/o per piccoli gruppi, per il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale, definito e aggiornato in collegamento ai piani operativi, cui partecipano anche gli Operatori sociosanitari.</p>
	<p>1.1.17 È documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata.</p>
	<p>1.1.18 Viene elaborato e attuato uno specifico programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali, con attività ricreative e occupazionali, socioriabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità, rispettando e valorizzando ove possibile le storie personali, le preferenze e gli orientamenti culturali. Tale programma deve tenere conto delle condizioni individuali della persona, delle possibilità soggettive di partecipazione attiva e della scelta della persona stessa.</p>
	<p>1.1.19 Alle persone con demenza deve essere garantito uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza", che la struttura deve adottare, secondo le indicazioni contenute nell'allegato 15. Il programma di miglioramento è condiviso con il Centro disturbi cognitivi e demenze (CDCD) competente territorialmente, anche su iniziativa del soggetto gestore.</p>
	<p>1.1.20 Il soggetto gestore assicura la possibilità di fruire di un servizio di accompagnamento, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni</p>

	<p>dell'utente, con esclusione dei trasporti sanitari a carico del Servizio Sanitario, nel rispetto delle normative vigenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • direttamente; • mediante accordi di collaborazione con soggetti del Terzo settore che assicurano l'accompagnamento di soggetti fragili; • tramite altre modalità concordate con la committenza.
	<p>1.1.21 I piani personalizzati, formulati all'interno del servizio, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del Progetto personalizzato definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia. Il soggetto gestore garantisce per ogni utente una funzione di tutor, referente del piano personalizzato, che viene svolta da un operatore del servizio, al fine di assicurare in particolare la tempestività e flessibilità della risposta in relazione al mutare di aspetti quotidiani del bisogno, attivando anche interventi nell'ambito dei servizi complementari, previo accordo con modalità semplificate e tempestive con il Responsabile del caso di Comune o Azienda USL e/o l'UVM.</p>
1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno	<p>1.2.1 Il soggetto gestore promuove l'apertura della CRA al territorio e favorisce una maggiore integrazione territoriale di prossimità attivando i supporti disponibili (volontariato, terzo settore, reti formali e informali, ecc.), ad esempio organizzando momenti dedicati al tema delle demenze a sostegno dei caregiver.</p> <p>In accordo con la committenza, la CRA può fornire servizi complementari (servizi informativi, consulenza a cura di propri professionisti, supporto ai caregiver di persone accudite al domicilio, ecc.) e sviluppare eventuali progettualità di rilievo per l'ambito territoriale.</p>
	<p>1.2.2 Sono definite, formalizzate, messe in atto e diffuse procedure per la sistematica valutazione e gestione del dolore di qualsiasi origine, che tengano in considerazione anche strumenti di valutazione del dolore negli ospiti con deficit cognitivi o non in grado di verbalizzare, rivalutazione periodica del dolore e dell'efficacia del trattamento.</p>
1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	<p>1.4.1 La struttura è dotata di strumentazione informatica (es. connessione internet stabile, wifi in tutti gli spazi, PC, tablet) idonea sia allo scambio dei dati relativi all'esecuzione di prestazioni sanitarie (es.: Telemedicina nelle varie forme: teleconsulto, teleconsulenza, teleassistenza, telemonitoraggio, ecc.), che all'eventuale interazione degli ospiti con i propri familiari.</p>
2° Criterio - Prestazioni e servizi	
<i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.3 continuità assistenziale	<p>2.3.1 Deve essere garantita l'attuazione del progetto terapeutico. Il soggetto gestore individua le modalità di approvvigionamento, conservazione e somministrazione dei farmaci, alimenti a fini speciali e del materiale per medicazione, dei presidi medico chirurgici e dei dispositivi medici, attenendosi alle indicazioni regionali specifiche.</p>
	<p>2.3.2 Il soggetto gestore garantisce l'adesione alle modalità di contatto e raccordo con la centrale operativa territoriale (COT), definite in accordo con l'Asl.</p>
	<p>2.3.3 Il soggetto gestore garantisce l'adesione ai protocolli condivisi con</p>

	<p>le strutture sanitarie di riferimento per il trasferimento di ospiti con condizioni di acuzie o che richiedano ricovero ospedaliero, al fine di garantire una corretta presa in carico ed evitare tempi di attesa prolungati.</p>
	<p>2.3.4 Il soggetto gestore garantisce l'adozione di una procedura per la ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica e della nutrizione clinica ai fini della rivalutazione degli obiettivi terapeutici e della sicurezza delle cure prescritte, in particolare nelle fasi di trasferimento di setting assistenziale e nei trattamenti protratti.</p>
<p>3° Criterio - Aspetti strutturali</p> <p><i>“L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature”</i></p>	
<p>REQUISITI</p>	<p>EVIDENZE</p>
<p>3.1 idoneità all'uso delle strutture</p>	<p>3.1.1 Le strutture devono rispettare i requisiti strutturali di autorizzazione ai sensi della Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000 e ss.mm.ii., fatte salve le strutture già autorizzate in precedenza ai sensi della Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991. Nel caso di ristrutturazioni o ampliamenti /trasformazioni (che comportino il rilascio di concessione edilizia o che modifichino la capacità ricettiva autorizzata) si applicano le norme vigenti previste dalla DGR 564/2000 e ss.mm.ii. in materia di autorizzazione al funzionamento.</p> <p>3.1.2 Le nuove strutture che al momento dell'approvazione del presente documento sono ancora prive dell'autorizzazione a costruire, in caso di richiesta di accreditamento debbono rispettare i parametri previsti dai requisiti strutturali che seguono (da requisito 3.1.3 a 3.1.8).</p> <p>3.1.3 Nelle strutture articolate su più piani, deve essere assicurata la movimentazione verticale con almeno un montalettighe ed un ascensore sino a 40 posti residenziali, un montalettighe e due ascensori per strutture da 41 a 60 posti, due montalettighe e due ascensori per strutture da 61 a 75 posti.</p> <p>3.1.4 Deve essere individuato un locale adibito a camera ardente ovvero, in alternativa, un locale per la sosta e la preparazione delle salme laddove, nel servizio in oggetto si ricorra alla camera ardente di strutture limitrofe, previo accordo documentato con le stesse, senza oneri ulteriori a carico dei famigliari.</p> <p>3.1.5 Nei servizi di nucleo devono essere presenti, oltre a quelli previsti dalla DGR 564/2000 e ss.mm.ii., i seguenti spazi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • angolo scaldavivande e per bevande calde o dispensatore di snacks e bevande; • locale deposito carrozzine specifico; • un bagno assistito che deve essere idoneo a garantire la privacy della persona assistita. <p>3.1.6 Per le strutture fino a 60 posti collocati sullo stesso piano, possono essere previsti servizi di nucleo comuni, purché dimensionati in relazione al numero degli anziani, nonché articolati e attrezzati in modo da garantire il comfort degli spazi per gli ospiti (ad esempio: contenimento rumore, spazi separati per i famigliari).</p> <p>3.1.7 Devono essere altresì previsti locali che consentano attività di piccolo gruppo e/o gli incontri tra utenti e conoscenti/famigliari Sono identificate camere o nuclei di isolamento, attivabili al bisogno,</p>

	<p>nella collocazione più idonea per garantire percorsi differenziabili.</p> <p>3.1.8 La struttura è dotata di aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili, di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza all'aperto, anche assicurando eventuali disinfestazioni quando necessarie (es. zanzara tigre, topi, ecc.).</p> <p>3.1.9 Per le strutture esistenti, qualora non sia possibile garantire un'area verde e/o spazi esterni fruibili con le caratteristiche di cui al punto precedente, vanno individuate modalità per garantire la possibilità di permanenza all'aperto degli ospiti, in condizioni di sicurezza, previa apposita programmazione. In ogni caso, per una gestione adeguata degli ospiti nelle aree esterne, devono essere presenti procedure che stabiliscano puntualmente criteri di sorveglianza e di allarme.</p> <p>3.1.10 Al fine di promuovere il miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere delle strutture accreditate di cui sopra, il soggetto gestore, in sede di prima richiesta e dei rinnovi dell'accreditamento, presenta al soggetto istituzionalmente competente un programma complessivo di miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere in particolare per quanto riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la dotazione di camere singole per migliorare il comfort abitativo e rispondere a particolari condizioni ed esigenze assistenziali, quali ad esempio le esigenze delle persone con gravi disturbi comportamentali; • la realizzazione del progressivo superamento delle camere con più di due posti letto. <p>Il programma dovrà indicare le azioni ritenute possibili e, in modo graduale e progressivo, i tempi di realizzazione nel periodo di validità dell'accreditamento, tenendo conto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di eventuali vincoli e condizionamenti urbanistici e strutturali; • della effettiva possibilità di finanziamento di eventuali interventi di ristrutturazione; • della necessità di mantenere la sostenibilità economica della gestione. <p>Sulla base dei singoli programmi presentati dai soggetti gestori, e tenendo conto delle scelte urbanistiche di ogni territorio e delle possibilità di valorizzare il ruolo delle strutture autorizzate in possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento, il soggetto istituzionalmente competente predispone un piano distrettuale di tendenziale e progressivo miglioramento delle strutture accreditate di cui sopra, da realizzare complessivamente a livello di ambito distrettuale, da sottoporre al Comitato di Distretto ai fini delle decisioni inerenti la programmazione.</p> <p>Il piano è sottoposto a verifica periodica almeno ogni cinque anni, in modo da garantire una adeguata valutazione nella determinazione del fabbisogno ed un progressivo miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere.</p>
--	---

3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	<p>3.2.1 Il soggetto gestore garantisce la presenza di arredi ed attrezzature idonei alla tipologia degli utenti e ne assicura la disponibilità a tutti gli utenti che ne presentano la necessità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - letti articolati (preferibilmente a due snodi), regolabili in altezza; - materassi e cuscini antidecubito; - apparecchiature, anche mobili con relativi accessori, per la somministrazione dell'ossigeno, a norma con le disposizioni vigenti in materia.
	<p>3.2.2 L'ente gestore assicura le attrezzature e gli ausili di base necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare per il riposo, l'igiene, l'alimentazione e l'idratazione, la mobilitazione, la sicurezza e la eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al piano personalizzato.</p>
	<p>3.2.3 Devono comunque essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrimani a parete nei percorsi principali • Dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue • Ausili posturali • Poltrone relax • Dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti
	<p>3.2.4 Attrezzature sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sfigmomanometro; • termometri per la rilevazione della temperatura; • elettrocardiografo; • defibrillatore semiautomatico; • sistema di aspirazione per le secrezioni bronchiali; • saturimetro (almeno uno per nucleo, più secondo necessità degli ospiti); • dispositivi per il controllo glicemico (glucometro); • pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi; • apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma con le disposizioni vigenti in materia; • un carrello/zaino per l'emergenza; • adeguata disponibilità, in accordo con la committenza, di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti ed alla presenza degli operatori. <p>Può essere prevista anche altra strumentazione diagnostica in funzione delle necessità rilevate dalla committenza, previo accordo relativamente alla fornitura e alla relativa formazione degli operatori.</p>
<p>4° Criterio - Competenze del personale</p> <p><i>“L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”</i></p>	
<p>REQUISITI</p> <p>4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica</p>	<p>EVIDENZE</p> <p>4.1.1 È documentata l'adesione ai piani formativi della rete locale di cure palliative (RLCP) di riferimento territoriale.</p>

5° Criterio – Comunicazione	
<i>“Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver	5.3.1 Deve essere definito dal soggetto gestore come si assicurano le funzioni di accoglienza e informazioni ai visitatori secondo modalità codificate.
6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza	
<i>“Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell’assistenza e devono essere monitorati”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
6.1 approccio alla cura e all’assistenza secondo evidenze scientifiche e linee guida	6.1.1 Sono definite, formalizzate, messe in atto e diffuse procedure e istruzioni operative per la gestione dei rifiuti sanitari secondo le norme vigenti. Sono messe in atto le indicazioni previste dal piano pandemico regionale
	6.1.2 Sono assicurate, con strumenti e metodologie specifiche: la valutazione del rischio e della stadiazione delle lesioni da decubito, la valutazione del rischio e della stadiazione di malnutrizione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta. Sono applicate le linee di indirizzo regionali in tema di alimentazione dell’anziano e di ristorazione in struttura residenziale, in collaborazione con gli specifici servizi delle Ausl, in particolare in caso di diete personalizzate.
6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1 È previsto un sistema di monitoraggio e valutazione dell’uso dei farmaci, in particolare psicofarmaci, definito in accordo con l’Ausl e concorrendo all’aggiornamento del prontuario farmaceutico di riferimento.
	6.2.2 Sono messe in atto misure per prevenire, ridurre e monitorare il burn-out degli operatori, incluse strategie di rotazione del personale, con particolare riferimento ai nuclei con persone con disturbi del comportamento.
6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 Presenza di un piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario che comprenda un piano per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA)
	6.3.2 Presenza di una funzione formalizzata con responsabilità per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario (rischio clinico, rischio infettivo, ecc.) che dovrà partecipare a percorsi formativi proposti dal livello regionale e dalle AUSL di riferimento.
	6.3.3 Definizione di modalità per la gestione degli eventi avversi di maggiore criticità “eventi sentinella” (riferimento: “Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità” del Ministero della salute) che prevedano anche: <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione agli utenti e/o familiari/caregiver • impatto sugli operatori • comunicazione esterna • gestione dei contenziosi

8° Criterio - Umanizzazione

"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"

REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	<p>8.1.1 Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none">• procedure assistenziali-sanitarie più diffuse o più complesse, quali ad esempio: cateterismo vescicale, medicazioni, catetere venoso eparinato, etc.;• riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura;• miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato 15. <p>Deve essere data evidenza dell'attuazione di modalità per garantire l'accompagnamento al fine vita con dignità e gestione delle fasi successive al decesso (gestione del lutto).</p> <p>Deve essere favorita, in collaborazione con l'Ausl, una Pianificazione Condivisa delle Cure di fine vita (legge 219/2017) con il coinvolgimento dell'ospite, quando possibile per competenza, o in presenza di un fiduciario/tutore. Anche relativamente agli ospiti con deficit cognitivo, deve essere favorito il rispetto delle capacità decisionali residue.</p>

ALLEGATO 9

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche dei nuclei dedicati alle demenze per assistenza residenziale temporanea

PREMESSA
Nei nuclei dedicati alle persone con demenza in aggiunta ai requisiti generali e specifici della casa-residenza per anziani non autosufficienti, integrati con quanto previsto dall'allegato 15, il soggetto gestore assicura ulteriori requisiti specifici.
DEFINIZIONE
Sono strutture sociosanitarie residenziali caratterizzate come luogo per ospitalità temporanea, di norma non superiore a sei mesi, finalizzata al trattamento intensivo di uno specifico target di pazienti con demenza.
FINALITÀ
<ul style="list-style-type: none">• Controllare/contenere i disturbi del comportamento associati alla demenza;• Prevenire l'eccesso di disabilità valutando e trattando le patologie organiche concomitanti alla demenza;• Sviluppare modalità di addestramento e di sostegno di familiari e operatori relativi alla gestione del malato per facilitarne il rientro/transizione al domicilio o al servizio di provenienza (gestibilità del paziente in altri contesti);• Supportare le famiglie nell'assistenza continuativa all'anziano, facilitare l'individuazione ed il percorso nei servizi della rete, offrire ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare la malattia anche da un punto di vista psico-relazionale;• Sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete.
UTENZA – CRITERI DI ELEGGIBILITÀ
Personae con diagnosi di demenza associata a manifestazioni del comportamento di impatto significativo sulla persona e/o sul caregiver/famiglia/operatori del servizio, provenienti dal domicilio o da altro servizio, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo. I criteri di eleggibilità vengono individuati attraverso la valutazione multidimensionale a cura dei competenti strumenti tecnici (UVM/UVG), ivi compresa la valutazione neuropsicologica, comportamentale, affettiva, funzionale e sociale garantite dall'esame clinico e dall'utilizzo di strumenti e scale validati, somministrati da personale qualificato. Sono inseriti di norma ospiti con una valutazione neuropsichiatrica che evidenzia un punteggio NPI (Neuropsychiatric Inventory) superiore a 24/144. Possono essere inseriti anche ospiti con un singolo item uguale a 12 (escluso apatia e depressione) che richiedono un intervento intensivo temporaneo.
CAPACITÀ RICETTIVA
Di norma 15 posti sino ad un massimo di 20, garantendo una organizzazione per sottogruppi.

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie

“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 L’inserimento del personale deve tener conto della motivazione e della predisposizione dei singoli operatori a lavorare con tale tipologia di utenza (selezione motivazionale e psicoattitudinale)
	1.1.2 Il servizio garantisce l’utilizzo di specifiche strategie atte a prevenire e ridurre il burn-out degli operatori: adeguata presenza degli operatori, incontri di equipe e supervisioni, colloqui periodici con lo psicologo, strategie di rotazione del personale.
	1.1.3 Standard di assistenza Il nucleo deve essere dotato di uno specifico standard di personale opportunamente selezionato e formato, nella misura minima di: <ul style="list-style-type: none">• operatori sociosanitari in funzione dei bisogni assistenziali degli ospiti prevedendo il rapporto di almeno 1 operatore ogni 2 anziani;• almeno due OSS durante l’orario diurno (dalle 7 alle 21) ogni 10 ospiti;• almeno un operatore dedicato esclusivamente al nucleo demenze nelle ore notturne. In caso di urgenza/emergenza, nell’eventualità sia previsto un solo operatore notturno nel nucleo, il soggetto gestore deve garantire l’attivazione tempestiva di un secondo operatore dando evidenza della modalità individuata all’interno di una procedura formalizzata;• un infermiere di riferimento del nucleo;• infermieri nel rapporto minimo di 1 ogni 10 anziani da aumentare, in accordo con l’Ausl, in relazione ai bisogni di salute degli ospiti in relazione a quanto previsto nei piani personalizzati;• medico specialista (geriatra) o con esperienza almeno biennale nel campo delle demenze, per almeno 12 ore settimanali per sei giorni ogni 10 ospiti;• referente di nucleo, con specifica esperienza nell’area delle demenze;• operatore (terapista occupazionale e/o educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica e/o fisioterapista) con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccolo gruppo finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento per almeno 18 ore settimanali ogni 10 ospiti;• psicologo con competenze specifiche nel campo delle demenze, al fine di garantire interventi rivolti ai familiari (sostegno individuale e di gruppo), agli operatori (formazione, prevenzione e riduzione del burn-out), e al paziente (valutazione neuropsicologica e psico-affettiva, ottimizzazione del PAI, supervisione attività di stimolazione) per almeno 9 ore settimanali.
	1.1.4 L’accesso e le dimissioni al nucleo sono garantite nell’ambito del percorso socio-sanitario condiviso a livello distrettuale e in accordo con la famiglia, nel rispetto dei criteri di eleggibilità sopra richiamati. L’intero processo è guidato dalla valutazione multidimensionale e dal PAI che identifica e monitora nel tempo i bisogni e gli obiettivi previsti per la

	<p>persona con demenza e il caregiver familiare (se presente).</p> <p>1.1.5 Il nucleo dedicato accoglie gli ospiti per un periodo limitato (temporaneo). La durata della permanenza, di norma non superiore a 6 mesi, è legata al raggiungimento degli obiettivi del piano operativo assistenziale individualizzato e agli obiettivi da realizzarsi dopo le dimissioni. All'accesso il servizio condivide con la famiglia gli obiettivi legati al carattere temporaneo della permanenza.</p> <p>1.1.6 Viene garantita una funzione di sistema da parte di una delle figure, per connettere metodi e obiettivi con l'esterno, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza una volta che il paziente sia stato dimesso.</p> <p>1.1.7 Il soggetto gestore garantisce la collaborazione con il Centro disturbi cognitivi e demenze, anche per eventuale supporto specialistico e per favorire la continuità assistenziale e terapeutica in uscita dal nucleo, anche attraverso funzionalità di telemedicina.</p> <p>1.1.8 Nel periodo di frequenza, il servizio garantisce un sostegno continuativo alla famiglia relativamente all'utilizzo e condivisione di strategie concrete nell'affrontare i disturbi cognitivi e comportamentali, nonché alle dinamiche legate al vissuto della malattia.</p> <p>1.1.9 Ai fini dell'appropriatezza dell'ingresso, è indispensabile che la diagnosi di demenza sia fatta in maniera accurata e circostanziata, seguendo le linee guida ufficiali, sulla base di una valutazione multidimensionale (medica, cognitiva, comportamentale, funzionale, affettiva e sociale), che ne evidenzii il rispetto dei criteri di eleggibilità sopra indicati. Il soggetto gestore garantisce il monitoraggio del piano personalizzato garantendo il raccordo con i professionisti di riferimento dei servizi inviati.</p> <p>1.1.10 Il servizio da evidenza della presenza di procedure per l'ottimizzazione dei trattamenti farmacologici.</p> <p>1.1.11 Il piano delle attività deve garantire attività di socializzazione, animazione, stimolazione/riabilitazione fisica/motoria, stimolazione/riattivazione cognitiva, terapia occupazionale da svolgere individualmente o in piccoli gruppi. Le attività programmate devono tenere conto, oltre agli obiettivi concordati nel PAI, anche di quanto emerso dall'approfondimento della storia di vita della persona.</p>
--	---

2° Criterio - Prestazioni e servizi

"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"

REQUISITI	EVIDENZE
<p>2.3 continuità assistenziale</p>	<p>2.3.1 Il rientro al domicilio o al servizio di provenienza è garantito dall'accesso alle dimissioni protette, per assicurare la continuità assistenziale ed il sostegno ai familiari. La struttura favorisce la reciproca conoscenza tra utente e assistente familiare nel caso in cui al rientro a domicilio sia prevista l'assistenza da parte di quest'ultima.</p> <p>Nel caso in cui la dimissione dal nucleo avvenga con trasferimento a un altro servizio semiresidenziale o residenziale, l'equipe del nucleo assicura la continuità assistenziale attraverso la condivisione della documentazione sociosanitaria e la partecipazione ad eventuali incontri di confronto con l'equipe del servizio di nuova accoglienza.</p>

3° Criterio - Aspetti strutturali

“L’organizzazione cura l’idoneità all’uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature”

REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all’uso delle strutture	<p>3.1.1 Il nucleo dedicato garantisce un ambiente sicuro e “protesico”, secondo i seguenti criteri generali:</p> <ul style="list-style-type: none">• familiarità dell'ambiente che deve richiamare il più possibile luoghi e materiali di abitazione comune, anche attraverso la possibilità per l’anziano di personalizzare il proprio ambiente, nonché di tenere il proprio animale da compagnia (garantendo il pieno rispetto della normativa regionale sul benessere dell’animale);• una riduzione della connotazione sanitaria degli ambienti, anche evitando l’utilizzo di divise sanitarie da parte degli operatori;• una semplificazione graduata e facilitazione funzionale in base alle residue capacità;• la sicurezza e quindi la riduzione/eliminazione dei rischi evitando nel contempo, il più possibile, limitazioni ai movimenti dell’ospite. <p>3.1.2 Il servizio dedicato assicura i seguenti ulteriori accorgimenti ambientali minimi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deve essere collocato preferibilmente a piano terra ed affacciato su uno spazio cortilivo o un’area attrezzata a giardino (finalizzata al wandering);• Pavimentazione omogenea ed antisdrucchiolo;• Utilizzo di luce diffusa per l’illuminazione degli ambienti (assenza di coni d'ombra);• Colorazione di pareti e pavimenti con tinte calde;• Mascheramento delle porte antifuga (mantenendo la facilità di accesso);• Porte bloccate manualmente o elettronicamente (sbloccabili anche a mano in caso di incendio);• Arredi privi di spigoli pericolosi (o dotati di parasigoli con colori contrastanti);• Erogazione dell'acqua preferibilmente a temperatura costante;• Presenza di ausili per l’orientamento spaziale e temporale;• Presenza di almeno uno spazio alternativo agli ambienti comuni;• Presenza di un percorso interno per il wandering;• Area per attività strumentali, occupazionali e/o di affaccendamento.

4° Criterio - Competenze del personale

“L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”

REQUISITI	EVIDENZE
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1 Il nucleo dedicato garantisce momenti formativi e di aggiornamento periodici su tematiche inerenti alle demenze, rivolti a tutto il personale. Vengono altresì assicurati periodici incontri di équipe, supervisioni (almeno una volta al mese, favorendo il coinvolgimento di tutti gli operatori) e incontri con lo psicologo (prevenzione burn-out). Il soggetto gestore garantisce inoltre la partecipazione degli operatori che sono inseriti nell'équipe del nucleo temporaneo demenza alle iniziative di formazione specifica iniziale promosse dall'Ausl in collaborazione con i CDCD.

ALLEGATO 10

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche del centro diurno per persone anziane (CDA)

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
<i>“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 Per favorire la più ampia copertura dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie, il gestore assicura, di norma l’apertura dal lunedì al sabato e, su richiesta, la possibilità di estensione dell’orario di apertura giornaliera (di norma non inferiore alle 10 ore giornaliere) e l’estensione delle giornate di apertura settimanale (anche ai festivi)
	1.1.2 Deve operare nella struttura, con specifica programmazione, l’operatore sociosanitario (OSS) secondo le modalità previste nell’allegato 3. Il soggetto gestore assicura una adeguata presenza di personale qualificato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti come individuati nei piani personalizzati, assicurando la necessaria flessibilità nella fruizione del servizio, e comunque nella misura minima di: <ul style="list-style-type: none">• operatori sociosanitari nel rapporto di almeno 1 operatore ogni 6 utenti non autosufficienti di grado moderato,• 1 operatore per ogni 4 utenti non autosufficienti di grado severo. La presenza di OSS deve essere adeguata in base alle esigenze individuali evidenziate nel piano personalizzato, in particolare per le persone con demenza con gravi disturbi comportamentali. In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS, se previsto dal piano personalizzato, durante l’effettuazione di prestazioni quali: <ul style="list-style-type: none">• mobilizzazione,• igiene quotidiana,• bagno,• vestizione,• aiuto nell’alimentazione.
	1.1.3 Un animatore nel rapporto di 12 ore settimanali sino a 10 utenti, da incrementare di ulteriori 3 ore per ulteriori 5 utenti.
	1.1.4 Un coordinatore del servizio o un referente delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 utenti, eventualmente ridotto in modo proporzionale. Se trattasi di servizio integrato in una Casa Residenza per anziani non autosufficienti, tale funzione può essere svolta in modo integrato con la struttura residenziale.
	1.1.5 Il soggetto gestore può avvalersi, in accordo con l’Ausl, di figure professionali aggiuntive (es. terapeuta occupazionale, educatore sanitario, logopedista, ecc.) in funzione dei bisogni evidenziati nel progetto personalizzato, in particolare per le persone con demenza e altre patologie specifiche (es. Parkinson, ecc.).
	1.1.6 Deve essere prevista la presenza di un infermiere con attività programmata per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani personalizzati e per l’assistenza indiretta correlata. In caso di necessità di valutazione e/o rivalutazione degli interventi infermieristici nell’ambito del piano individuale di assistenza, deve essere prevista la

	<p>presenza di un infermiere per il tempo necessario alla definizione del piano. È comunque assicurato da parte del soggetto gestore un infermiere nel rapporto minimo di 3 ore settimanali sino a 14 utenti e 4 ore settimanali per 15 o più utenti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici.</p>
	<p>1.1.7 È assicurata l'elaborazione, la verifica e l'aggiornamento di uno specifico programma (settimanale) di attività motoria e di riattivazione per il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale, cui partecipano anche gli operatori socio-sanitari (OSS), collegato a quanto previsto dai singoli piani personalizzati.</p>
	<p>1.1.8 In accordo con la committenza, possono essere attivati servizi complementari rivolti sia agli ospiti che ad utenti esterni come, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingressi anticipati, con un'attività di sorveglianza anticipatoria rispetto alle attività ordinarie del centro diurno, permanenze prolungate per rispondere ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie; • fruizione della cena • fruizione del pasto anche per familiari/ caregiver/conoscenti; • ingresso del caregiver/assistente familiare/ altra persona volontaria autorizzata dall'utente/famiglia/amministratore di sostegno per favorire le relazioni e la socializzazione con gli ospiti e familiari, contrastando il rischio di "isolamento relazionale", nel rispetto del numero di persone complessivo massimo previsto dalla normativa; • attività di qualificazione dell'assistente familiare (formazione legata ai bisogni assistenziali della persona anziana accompagnata); • accompagnamento a visite specialistiche; • altri servizi complementari. <p>È inoltre da prevedere la possibilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di integrare prestazioni aggiuntive, sulla base di quanto previsto nel progetto personalizzato, in accordo con l'Ausl, a cura di figure sanitarie qualificate (quali, ad esempio, psicologo, terapeuta occupazionale, logopedista, ecc.) per necessità estemporanee o periodiche, a garanzia della continuità delle cure dell'anziano e della continuità di frequenza al centro; • di inserimenti di "sollevio" sia programmati per esigenze del caregiver familiare sia a seguito di dimissione ospedaliera.
	<p>1.1.9 È assicurata, anche attraverso accordi con l'AUSL, l'attività di un fisioterapista per garantire la consulenza agli OSS e per la valutazione della necessità di interventi di riattivazione e mantenimento nel caso in cui tale esigenza venga individuata in sede di definizione del Piano personalizzato. È assicurata inoltre, in accordo con l'Ausl, la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire direttamente quanto previsto dai piani personalizzati, con definizione della presenza oraria settimanale necessaria.</p>

	<p>1.1.10 Il fisioterapista fornisce indicazioni agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità il programma di attività motoria personalizzata.</p>
	<p>1.1.11 È garantita e documentata la consulenza dello psicologo per gli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori. È inoltre garantito il raccordo con l'Ausl per favorire il supporto emotivo, psicologico e relazionale degli utenti e familiari, anche con l'ausilio di professionisti Aisl, gruppi di supporto e auto-mutuo aiuto, ecc.</p>
	<p>1.1.12 Il soggetto gestore documenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa rivolta alla struttura • Le modalità di collaborazione con l'Ausl <p>Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.</p>
	<p>1.1.13 Il soggetto gestore, in accordo con l'Ausl, promuove l'utilizzo della telemedicina (televisita, teleconsulto, teleconsulenza, telemonitoraggio, ecc.) per visite e consulenze specialistiche, interventi assistenziali da parte di professionisti sanitari e altre opportunità.</p>
	<p>1.1.14 Viene elaborato e attuato uno specifico programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali, con attività ricreative e occupazionali, socioriabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità, rispettando e valorizzando, ove possibile, le storie personali, le preferenze e gli orientamenti culturali. Tale programma deve tenere conto delle condizioni individuali della persona, delle possibilità soggettive di partecipazione e di scelta della persona.</p>
	<p>1.1.15 Alle persone con demenza deve essere garantito uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza", che la struttura deve adottare, secondo le indicazioni contenute nell'allegato 15, garantendo una specifica formazione agli operatori che assistono gli ospiti con demenza. Il programma di miglioramento è condiviso con il Centro disturbi cognitivi e demenze (CDCD) competente territorialmente.</p>
	<p>1.1.16 Il soggetto gestore deve assicurare la possibilità di fruire di un servizio di accompagnamento dal proprio domicilio al centro e viceversa, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni dell'utente, nel rispetto delle normative vigenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • direttamente; • mediante accordi di collaborazione, preferibilmente di ambito distrettuale, con soggetti del Terzo settore o altri soggetti abilitati che assicurano l'accompagnamento di soggetti fragili • tramite altre modalità concordate con la committenza. <p>Il servizio di accompagnamento può essere integrato a servizi domiciliari al fine di facilitare la frequenza al centro diurno (es. alzata, igiene personale, ecc.)</p>

	1.1.17 Nel caso di attivazione, sulla base delle esigenze della programmazione territoriale, di centri diurni dedicati a soggetti dementi, che hanno bisogno di accoglienza temporanea nella fase con elevati disturbi comportamentali e/o cognitivi, in coerenza con la programmazione territoriale, il soggetto gestore garantisce gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/ funzionali e strutturali indicati nell'allegato 3. Tali requisiti sono da osservare anche nel caso sia prevista in un centro diurno non dedicato a soggetti dementi la gestione integrata di una sezione dedicata a soggetti dementi, per l'accoglienza temporanea nella fase con elevati disturbi comportamentali e/o cognitivi.
1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno	1.2.1 Il soggetto gestore garantisce per ogni utente una funzione di tutor del piano personalizzato, che viene svolta da un operatore o dal coordinatore del servizio, al fine di assicurare in particolare la tempestività e flessibilità della risposta in relazione al mutare di aspetti quotidiani del bisogno, attivando anche interventi nell'ambito dei servizi strumentali, di supporto o complementari, previo accordo con modalità semplificate e tempestive con il responsabile del caso di Comune o Azienda USL e/o l'UVM. 1.2.2 Il soggetto gestore, in accordo con la committenza, può concorrere, direttamente o in rete, al coordinamento e alla continuità assistenziale con il servizio di assistenza domiciliare, gli altri servizi a sostegno della domiciliarità e altri servizi diurni di comunità.
1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	1.4.1 Il servizio è dotato di strumentazione informatica (es. connessione internet stabile, wifi in tutti gli spazi, PC, tablet) idonea allo scambio dei dati relativi all'esecuzione di prestazioni sanitarie (es.: Telemedicina nelle varie forme: teleconsulto, teleconsulenza, teleassistenza, telemonitoraggio, ecc.)
2° Criterio - Prestazioni e servizi <i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Il soggetto gestore deve assicurare gli interventi, le azioni e la collaborazione con tutti gli altri servizi coinvolti (sanitari e non, accreditati e non), finalizzata a garantire la continuità nell'attuazione del progetto personalizzato. 2.3.2 Il soggetto gestore promuove la partecipazione ai percorsi dedicati per eventuali accessi a prestazioni sanitarie erogate nelle Case della Comunità e/o strutture territoriali (es. Poliambulatori, Ospedali di Comunità, ecc.).
3° Criterio - Aspetti strutturali <i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 La capacità ricettiva va di norma da un minimo di 5 ad un massimo di 25 ospiti, garantendo una organizzazione degli spazi, delle attività e delle prestazioni per gruppi omogenei, in base alle caratteristiche ed alle esigenze degli utenti

	<p>3.1.2 Le strutture devono rispettare i requisiti strutturali di autorizzazione ai sensi della Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000 e ss.mm.ii., fatte salve le strutture già autorizzate in precedenza ai sensi della Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991.</p> <p>Nel caso di ristrutturazioni o ampliamenti /trasformazioni (che comportino il rilascio di concessione edilizia o che modifichino la capacità ricettiva autorizzata) si applicano le norme vigenti previste dalla DGR 564/2000 e ss.mm.ii. in materia di autorizzazione al funzionamento.</p>
	<p>3.1.3 Devono essere altresì previsti locali che consentano attività di piccolo gruppo e/o gli incontri tra utenti e conoscenti/familiari/ caregiver.</p>
3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	<p>3.2.1 La struttura deve assicurare le attrezzature e gli ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare del riposo, dell'igiene, dell'alimentazione e dell'idratazione, della mobilitazione, della sicurezza, della eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al piano personalizzato.</p>
	<p>3.2.2 Il soggetto gestore deve comunque garantire la disponibilità degli altri arredi e attrezzature elettromedicali necessarie al soddisfacimento dei bisogni anche sanitari degli utenti secondo quanto previsto dai piani personalizzati.</p>
	<p>3.2.3 Devono comunque essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrimani a parete nei percorsi principali • Dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue • Ausili posturali • Poltrone relax <p>Dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti</p>
	<p>3.2.4 Attrezzature sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sfigmomanometro • Termometri per la rilevazione della temperatura • Defibrillatore semiautomatico (anche in condivisione con altri servizi adiacenti) • dispositivi per il controllo glicemico (glucometro); • saturimetro.
<p>8° Criterio - Umanizzazione</p> <p><i>"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"</i></p>	
REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	<p>8.1.1 Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bagno di pulizia; • riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio, e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura; • miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato 15.

ALLEGATO 11

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche del Centro diurno Demenze

PREMESSA
Nel centro diurno demenze, in aggiunta ai requisiti generali per l'autorizzazione al funzionamento, ai requisiti generali e specifici, per il centro diurno anziani, integrati con quanto previsto dall'allegato 15, il soggetto gestore assicura ulteriori requisiti specifici.
DEFINIZIONE
Sono strutture sociosanitarie semiresidenziali caratterizzate come luogo di ospitalità temporanea, di norma non superiore a 24 mesi, finalizzate al trattamento intensivo di uno specifico target di pazienti con demenza.
FINALITÀ
Controllare/contenere i disturbi del comportamento associati alla demenza, mettendo a punto strategie assistenziali e di prevenzione della ricomparsa dei disturbi;
UTENZA – CRITERI DI ELEGGIBILITÀ
Persone con diagnosi di demenza associata a manifestazioni del comportamento di impatto significativo sulla persona e/o sul caregiver/famiglia, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo. I criteri di eleggibilità vengono individuati attraverso la valutazione multidimensionale, ivi compresa la valutazione neuropsicologica, comportamentale, affettiva, funzionale e sociale, garantite dall'esame clinico e dall'utilizzo di strumenti e scale validati, somministrati da personale qualificato. La presenza di un nucleo familiare, che garantisca continuità "terapeutico-assistenziale" al domicilio, costituisce elemento/criterio di preferenza per l'accesso al centro diurno dedicato.
CAPACITÀ RICETTIVA
Di norma 15 posti sino ad un massimo di 20 posti, organizzato in sottogruppi

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie

“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 L’inserimento del personale nel centro diurno deve tener conto della motivazione e della predisposizione dei singoli operatori a lavorare con tale tipologia di utenza (selezione motivazionale e psicoattitudinale).
	1.1.2 Il servizio garantisce l’utilizzo di specifiche strategie atte a prevenire, ridurre e monitorare il burn-out degli operatori incluse strategie di rotazione, qualora necessarie e richieste.
	1.1.3. Il centro diurno deve essere dotato di uno specifico standard di personale opportunamente selezionato e formato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti, nella misura minima di: <ul style="list-style-type: none">• almeno 1 OSS ogni 2,5 utenti;• medico specialista (geriatra) o con esperienza almeno biennale nel campo delle demenze, per almeno 5 ore settimanali;• infermiere per almeno 4 ore settimanali;• coordinatore o responsabile del centro diurno per almeno 18 ore settimanali;• operatore (terapista occupazionale e/o educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica e/o fisioterapista) con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccolo gruppo finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento per 18 ore settimanali ogni 10 ospiti;• psicologo con competenze specifiche nel campo delle demenze, al fine di garantire interventi rivolti ai familiari (sostegno individuale e di gruppo), agli operatori (formazione, prevenzione e riduzione del burn-out), e al paziente (valutazione neuropsicologica e psico-affettiva, ottimizzazione del piano personalizzato, supervisione attività di stimolazione) per almeno 9 ore settimanali.
	1.1.4 Il centro diurno per demenze accoglie gli ospiti per un periodo limitato (temporaneo). La durata della permanenza è legata al raggiungimento degli obiettivi del piano personalizzato e agli obiettivi da realizzarsi dopo le dimissioni. All’accesso il servizio condivide con la famiglia gli obiettivi legati al carattere temporaneo della permanenza.
	1.1.5 I servizi garantiscono un protocollo di accoglienza dell’ospite che prevede un contatto preliminare con la persona e/o il suo caregiver per raccogliere tutte le informazioni necessarie alla predisposizione del successivo piano assistenziale individuale.-
	1.1.6 Ai fini dell’appropriatezza dell’ingresso, è indispensabile che la diagnosi di demenza sia fatta in maniera accurata e circostanziata sulla base di una valutazione multidimensionale (medica, cognitiva, comportamentale, funzionale, affettiva e sociale), che ne evidenzi il rispetto dei criteri di eleggibilità sopra indicati. Il soggetto gestore garantisce il monitoraggio del piano personalizzato garantendo il raccordo con i professionisti di riferimento dei servizi inviati.

2° Criterio - Prestazioni e servizi

"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"

REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	2.1.1 Il piano delle attività deve garantire attività di socializzazione, animazione, stimolazione/riabilitazione fisica/motoria, stimolazione/riattivazione cognitiva, terapia occupazionale da svolgere individualmente o in piccoli gruppi.
	2.1.2 Nel periodo di frequenza, il servizio garantisce un sostegno continuativo alla famiglia relativamente all'utilizzo e condivisione di strategie concrete nell'affrontare i disturbi cognitivi e comportamentali al domicilio, nonché alle dinamiche legate al vissuto della malattia.
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Viene garantita una funzione di sistema da parte di una delle figure, per connettere metodi e obiettivi con l'esterno, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza una volta che il paziente sia stato dimesso.
	2.3.2 Il soggetto gestore prima del rientro a domicilio e/o al servizio di provenienza deve assicurare momenti di formazione/addestramento aggiornamento e formazione ai familiari, ed ai caregiver informali e/o assistenti domiciliari per l'assistenza diretta all'utente.
3° Criterio - Aspetti strutturali <i>“L'organizzazione cura l' idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 Il centro diurno garantisce un ambiente sicuro e protesico, secondo i seguenti criteri generali: <ul style="list-style-type: none"> • una semplificazione graduata e facilitazione funzionale in base alle residue capacità; • la sicurezza e quindi la riduzione/eliminazione dei rischi evitando nel contempo, il più possibile, limitazioni ai movimenti dell'ospite; • familiarità dell'ambiente che deve richiamare il più possibile luoghi e materiali di abitazione comune, anche attraverso la possibilità per l'ospite di portare il proprio animale da compagnia (garantendo il pieno rispetto della normativa regionale sul benessere dell'animale); • una riduzione della connotazione sanitaria degli ambienti, anche evitando l'utilizzo di divise sanitarie da parte degli operatori.
3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1 Il centro diurno dedicato assicura i seguenti ulteriori accorgimenti ambientali minimi: <ul style="list-style-type: none"> • deve essere collocato preferibilmente a piano terra ed affacciato su uno spazio cortilivo o un'area attrezzata a giardino (finalizzata al wandering); • Pavimentazione omogenea ed antisdrucciolo; • Colorazione di pareti e pavimenti con tinte calde; • Mascheramento delle porte antifuga (mantenendo la facilità di accesso); • Porte bloccate manualmente o elettronicamente (sbloccabili anche a mano in caso di incendio); • Arredi privi di spigoli pericolosi (o dotati di paraspigoli con colori contrastanti); • Erogazione dell'acqua preferibilmente a temperatura costante; • Presenza di ausili per l'orientamento spaziale e temporale; • Presenza di almeno uno spazio alternativo agli ambienti comuni; • Presenza di un percorso interno per il wandering;

	<ul style="list-style-type: none"> • Area per attività strumentali, occupazionali e/o di affaccendamento.
4° Criterio - Competenze del personale <i>“L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	<p>4.1.1 Il servizio dedicato garantisce momenti formativi e di aggiornamento periodici su tematiche inerenti alle demenze, rivolti a tutto il personale. Vengono inoltre assicurati periodici incontri di équipe, supervisioni e incontri con lo psicologo (prevenzione burn-out).</p> <p>Il soggetto gestore garantisce inoltre la partecipazione degli operatori che sono inseriti nell’équipe del centro diurno demenze alle iniziative di formazione specifica iniziale promosse dall’Ausl in collaborazione con i CDCD.</p>

ALLEGATO 12

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche del servizio per l'accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali e semiresidenziali

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
<i>"Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 Il soggetto gestore assicura, sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione territoriale e dei servizi inviati, l'adattamento delle scelte gestionali ed organizzative, al fine di rispondere in modo flessibile ai bisogni degli utenti, dei loro familiari, degli eventuali caregiver familiari e assistenti familiari, assicurando tutte le relazioni e i rapporti necessari al fine di garantire la continuità assistenziale e l'efficacia dell'accoglienza di sollievo.
	1.1.2 Il soggetto gestore deve assicurare una organizzazione degli spazi, delle attività quotidiane alberghiere ed assistenziali tale da garantire il miglioramento e/o il mantenimento delle abilità, delle relazioni e delle abitudini di vita dell'ospite, promuovendo le condizioni ottimali al momento del ritorno a domicilio.
	1.1.3 Il soggetto gestore, prima del rientro a domicilio, deve assicurare un programma di aggiornamento e formazione ai caregiver familiari ed agli assistenti familiari per l'assistenza diretta all'utente.
	1.1.4 Deve essere possibile per l'utente e per i familiari visitare il servizio prima dell'ingresso.
	1.1.5 Deve essere data evidenza che la procedura di accoglienza assicuri il benvenuto all'utente e identifichi l'operatore o gli operatori a cui fare riferimento nella fase di inserimento per ogni informazione e supporto.
	1.1.6 Deve essere garantito, sin dal momento della presa in carico, un accordo coi servizi territoriali in merito alle finalità, alla durata e al contenuto dell'accoglienza temporanea di sollievo ed al percorso per il rientro a domicilio, prevedendo il consenso dell'utente e il coinvolgimento dei familiari.
	1.1.7 Deve essere data evidenza del fatto che, nella predisposizione del piano di assistenza individuale, sono tenuti in considerazione sia i bisogni dell'utente, anche sanitari, che i bisogni dei familiari e degli eventuali assistenti familiari.
	1.1.8 Deve essere documentata la modalità con cui si assicura la valutazione e la conoscenza delle abilità, delle relazioni e delle abitudini dell'ospite prima dell'ingresso in struttura.
	1.1.9 Per le accoglienze non programmabili con caratteristiche di urgenza il gestore assicura che la valutazione e la conoscenza di abilità, relazioni e abitudini avvenga entro 2 giorni dall'ingresso.
	1.1.10 Deve essere data evidenza del fatto che il piano di assistenza individuale è in grado di soddisfare i bisogni e le esigenze anche di salute dell'utente.
1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi	1.2.1 Deve essere data evidenza che al momento del rientro a domicilio è assicurata in forma scritta la verifica dell'attuazione del piano di assistenza individuale e la valutazione delle condizioni dell'utente.

sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno	
2° Criterio - Prestazioni e servizi	
<i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Deve esser data evidenza di procedure concordate con i servizi territoriali per il tempestivo passaggio delle informazioni relative alle condizioni dell'utente ed ai bisogni dei familiari al fine di contribuire a garantire la continuità del percorso assistenziale sia al momento dell'ingresso in struttura che del rientro al domicilio.
3° Criterio - Aspetti strutturali	
<i>"L'organizzazione cura l' idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 Deve essere possibile di norma l'accoglienza in camera singola, se richiesto dall'ospite, compatibilmente con la disponibilità della struttura.
5° Criterio - Comunicazione	
<i>"Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver	5.3.1 Il soggetto gestore, nell'ambito della Carta dei servizi, deve assicurare una informazione sull'opportunità dell'accoglienza temporanea di sollievo, sui servizi offerti e sui diritti degli utenti e dei loro familiari.
7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione	
<i>"Il governo delle azioni di miglioramento e l'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
7.1 progetti di miglioramento e iniziative di innovazione	7.1.1 Devono essere assicurati la raccolta anonima del gradimento degli utenti e dei loro familiari al termine dell'accoglienza temporanea di sollievo e di un report annuale del gradimento espresso. Deve inoltre essere data evidenza dell'utilizzo degli esiti della rilevazione ai fini del miglioramento.

ALLEGATO 13

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche dei servizi per la domiciliarità (SPAD)

Introduzione

La cura presso il domicilio è la modalità privilegiata per garantire una migliore qualità della vita e contrastare il rischio di istituzionalizzazione per la persona anziana e per la persona con disabilità.

Con l'introduzione del FRNA (DGR n. 509/07 e DGR n. 1206/07) sono state investite consistenti risorse per lo sviluppo della domiciliarità non solo attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ma anche attraverso una pluralità di servizi di supporto e contributi che si aggiungono al SAD propriamente detto, cioè all'assistenza fornita da OSS ed Educatori al domicilio. Successivamente, con l'introduzione del sistema di accreditamento sociosanitario (DGR n. 514/09) è stato avviato un processo che ha portato alla creazione, in ogni distretto sociosanitario, di almeno un Servizio di Assistenza Domiciliare di ambito distrettuale, nella maggioranza dei casi attraverso la creazione di aggregazioni tra Enti Gestori accreditati, rivolto non solo alle persone anziane non autosufficienti, ma anche alle persone con disabilità fisiche e relazionali gravi e gravissime.

Nonostante i positivi risultati raggiunti, il modello attuale di SAD presenta ancora alcuni limiti non solo di carattere quantitativo legati al numero e alla durata degli interventi, ma anche di carattere qualitativo quali una non completa integrazione tra interventi sociali e sanitari, l'insufficiente sviluppo di servizi complementari anche tecnologicamente avanzati in particolare a supporto di caregiver e di assistenti familiari e, soprattutto, l'assenza di progetti di vita e di cura e piani di intervento personalizzati realmente capaci di fornire risposte unitarie ai molteplici bisogni delle persone assistite e loro caregiver.

Nel modello attuale è infatti il caregiver, o quando possibile la stessa persona assistita, a dover ricomporre e portare a coerenza le diverse prestazioni fornite da soggetti e professionisti diversi di carattere assistenziale, educativo, sanitario o complementare.

Con la revoca della DGR n. 514/09 e l'avvio della nuova fase del sistema di accreditamento, si intende dunque potenziare il sistema degli interventi a sostegno della domiciliarità, cercando di aumentare ulteriormente l'integrazione tra le diverse tipologie di intervento, cercando di garantire risposte unitarie.

In particolare, si intende promuovere un nuovo modello di intervento che superi le tradizionali logiche di intervento di carattere prestazionale, basate cioè sulla erogazione di singole prestazioni, per favorire invece interventi di rete, integrati e personalizzati, progettati sui bisogni specifici della persona assistita e di chi se ne prende cura al domicilio.

Cambiare il modello tradizionale di assistenza domiciliare di carattere prestazionale è un obiettivo promosso anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalle due riforme nazionali per l'assistenza a lungo termine delle persone anziane e con disabilità attualmente in corso di attuazione, nonché dalla legge di bilancio 234/2021 art.1 commi 159-171 e dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, cui la Regione sta dando attuazione con la DGR n. 905/2023.

Il sistema dei servizi a supporto della domiciliarità oggi è molto frammentato e la ricomposizione dei servizi e interventi spesso viene lasciata alle famiglie/caregiver. Con questo nuovo percorso di accreditamento si intende tracciare una direzione verso un modello integrato di rete di sostegno domiciliare/territoriale che si avvicina di più ai bisogni delle persone anziane e con disabilità e alle loro famiglie e che può essere implementato nel tempo a livello territoriale con le opportunità che caratterizzano ciascun ambito. La direzione verso cui tendere individua nel progetto di vita e di cura formulato nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) la sua traduzione operativa e nella flessibilità, sinergia e integrazione i perni di riferimento. Viene privilegiata la dimensione del processo e la continuità e qualità di vita a domicilio nel contesto sociale di appartenenza.

In particolare, il Progetto di vita e di cura così come il PAI e il PEI vengono co-costruiti e condivisi con le persone anziane e le persone con disabilità e/o i loro familiari e caregiver.

Il sistema integrato dei servizi di supporto alla domiciliarità risponde a diverse funzioni: orientamento, integrazione e supporto alla cura della persona, integrazione sociale, tutoraggio e monitoraggio, accompagnamento, supporto e sollievo al caregiver.

Per garantire tutte queste funzioni sono sicuramente necessari nuovi servizi complementari che si aggiungono all'intervento dell'OSS e dell'Educatore al domicilio, che sono stati previsti nell'ambito del nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza e che vengono descritti successivamente. Ma, oltre a questi nuovi servizi complementari che vanno erogati in una logica integrata, è necessario anche un nuovo approccio di intervento da parte sia del contraente pubblico che degli Enti Gestori non più basato esclusivamente sulla erogazione di singole prestazioni assistenziali, ma sulla costruzione e condivisione di progetti personalizzati di intervento.

Il sistema integrato si rivolge a persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di vario grado, disabili gravi/gravissimi o persone a rischio di non autosufficienza, anche in dimissione protetta dai reparti ospedalieri, con bisogni assistenziali e socio-educativi di diversa intensità, assistibili a domicilio con gli opportuni interventi di supporto alla persona e ai familiari/caregiver, in collaborazione con le associazioni e le agenzie territoriali e in integrazione/collaborazione con gli/le assistenti familiari laddove presenti.

Percorso assistenziale integrato, Progetto di Vita e Piano operativo

Come previsto anche dalla legge n. 234/2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), i cosiddetti *livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) di erogazione* tra cui è compresa anche l'assistenza domiciliare richiedono necessariamente *LEPS di processo*, cioè devono essere erogati nell'ambito di un sistema di governance declinato in ogni ambito territoriale distrettuale, che garantisca determinate condizioni di sistema dal punto di vista istituzionale, organizzativo e tecnico professionale senza le quali non possono essere pienamente realizzati gli interventi previsti dai suddetti LEPS di erogazione.

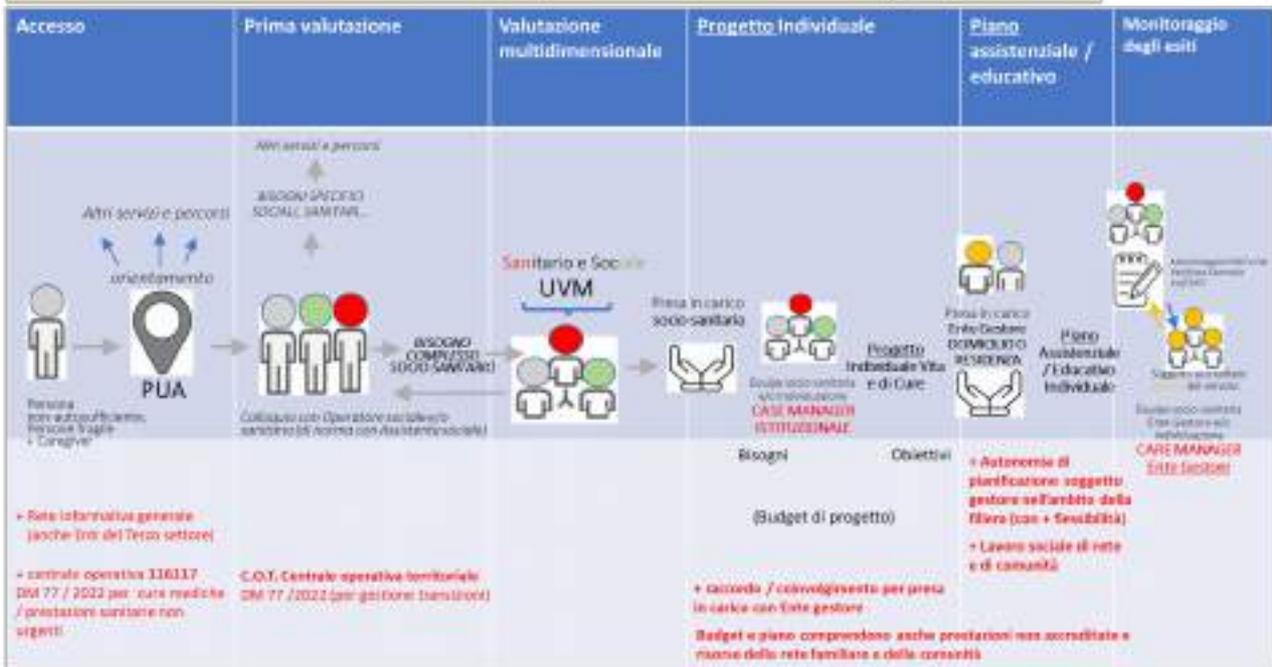
Come indicato nel Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 e nella DGR n. 905/2023, tra i LEPS di processo acquisisce particolare rilievo il **Percorso assistenziale integrato** dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità grave o gravissima che è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del progetto/piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di *endo-procedimenti*, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.

Rispetto alla situazione esistente, il Piano nazionale prevede la presenza di un sistema che garantisce maggiore uniformità tra i diversi ambiti territoriali e la presenza di accordi formalizzati in materia socio-sanitaria.

In ogni distretto vige un Accordo Interistituzionale coerente con lo schema di riferimento allegato al Piano nazionale, al fine di assicurare il LEPS di processo di cui all'art.1 comma 163, lettera a) della sopra citata legge n. 234/2021 (legge di bilancio 2022).

Anche l'erogazione dei servizi a supporto della domiciliarità deve essere garantita in ogni ambito distrettuale nell'ambito del cosiddetto Percorso assistenziale integrato come riportato nello schema allegato.

MODELLO A FILIERA – LEPS NAZIONALE (percorso assistenziale integrato)



In particolare, ai fini della innovazione del modello di SAD, è rilevante in primo luogo la distinzione tra Progetto e Piano individuale. Come era già stato esplicitato nei requisiti specifici della DGR n. 514/09 per alcune tipologie di servizi, i piani PAI o il PEI formulati all'interno del servizio, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del progetto di vita e di cura definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.

Tale indicazione è particolarmente utile anche per il SAD e se da un lato evidenzia la centralità della presa in carico della UVM distrettuale con un ruolo di garanzia dei Servizi pubblici nei confronti dell'utente e della famiglia, dall'altro evidenzia anche la necessità di dare maggiore autonomia e responsabilità agli Enti gestori nella realizzazione del piano operativo di assistenza, che per ragioni di flessibilità e personalizzazione può essere gestito in modo più autonomo e autodeterminato rispetto al passato dall'assistito e dal suo caregiver con la équipe del soggetto gestore, anche con l'individuazione di un operatore con funzione di tutor, che si interfaccia con il case manager istituzionale individuato in ambito di UVM. Tale spazio di autonomia per la persona assistita e il suo caregiver si sviluppa nell'ambito del budget di cura e assistenza in coerenza con quanto previsto all'art. 4, comma 2, della L. 23 marzo 2023, n. 33 (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane).

Anche per quanto attiene alla funzione di tutorship dell'operatore tutor dell'Ente gestore, si tratta di un elemento già previsto dai precedenti requisiti specifici, che deve essere ulteriormente sviluppato e portato a compimento.

Nei precedenti requisiti era infatti già previsto che da parte dell'Ente gestore deve essere individuato un responsabile operativo per ogni piano individualizzato. Con la nuova fase del percorso di accreditamento questa funzione va ulteriormente sviluppata ed implementata.

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

Un altro elemento che va ulteriormente sviluppato è quello del lavoro di rete e di comunità. Ad integrazione e rafforzamento dei precedenti requisiti che già prevedevano che il soggetto gestore promuovesse strategie di interazione con la comunità locale è ora necessario che il soggetto gestore dei servizi a supporto della domiciliarità si attivi, su richiesta e accordo con il contraente pubblico ed in integrazione con i soggetti della comunità, per offrire tutte le attività di supporto utili a sostenere, presidiare e consentire la realizzazione di tali iniziative, in particolare per quelle funzioni che difficilmente la comunità può offrire.

La capacità di valorizzare le risorse e la capacità di cura delle reti familiari, amicali e di comunità è una delle competenze fondamentali che tutti gli operatori devono possedere per superare definitivamente il tradizionale modello di carattere prestazionale, cioè va superato ogni approccio basato esclusivamente sulla prescrizione di prestazioni ed interventi.

Si ribadisce che tutti gli aspetti elencati sono centrali per superare definitivamente modelli di carattere prestazionale tenendo conto che la permanenza e la qualità della vita al domicilio non sono obiettivi raggiungibili senza le risorse e le relazioni familiari, amicali e di comunità.

Bisogni assistenziali e educativi

Il servizio di assistenza domiciliare si rivolge già oggi sia alle persone anziane non autosufficienti sia alle persone con disabilità grave e gravissima. Soltanto in modo schematico è possibile individuare due aree principali di bisogno, la prima di carattere assistenziale per situazioni di non autosufficienza fisica eventualmente correlata anche a compromissione psichica, la seconda di carattere psico-educativo che riguarda l'autonomia personale e il sostegno al contesto di vita.

La presenza di situazioni complesse e l'evoluzione nel ciclo di vita dei bisogni sia delle persone adulte che delle persone anziane dimostrano che queste due dimensioni vanno sempre più spesso soddisfatte assieme.

La presenza di anziani fragili che devono continuare a partecipare attivamente alla vita sociale, i disturbi del comportamento presenti sia nella popolazione con demenza sia nelle persone con disabilità intellettive, le persone con gravissime disabilità che richiedono un grande impegno assistenziale e infermieristico, sono soltanto alcune situazioni di bisogno che dimostrano come il servizio a supporto della domiciliarità deve essere sempre più capace di soddisfare contemporaneamente bisogni sia di carattere assistenziale e di interventi di cura, mobilitazione e igiene alla persona, anche di carattere psico-educativo e promozionale tesi alla valorizzazione delle autonomie residue e all'acquisizione di competenze.

Budget di cura e assistenza

Il Progetto di vita e di cura così come il PAI e il PEI vengono co-costruiti se possibile e comunque sempre condivisi con le persone anziane e con disabilità e i loro familiari/caregiver. Il progetto mette a fuoco gli obiettivi strategici del percorso assistenziale di filiera, quali: orientamento, integrazione e supporto alla cura della persona, integrazione sociale, tutoraggio e monitoraggio, accompagnamento e supporto al caregiver, sollievo al caregiver. Inoltre, è teso alla quantificazione dei servizi complessivi attivabili nell'ambito del budget di cura e assistenza quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini della realizzazione del progetto (art. 4 comma 2 della L. 23 marzo 2023, n. 33).

Gli elementi in attenzione nelle fasi di valutazione della UVM sono in particolare: la gravità e il bisogno; la condizione economica; la presenza e le capacità della rete familiare e di relazione e in particolare lo stress caregiver.

Nell'ambito del budget di cura e assistenza la persona esprime la piena autodeterminazione nella gestione quotidiana dei percorsi assistenziali e gestisce le contingenze e gli imprevisti che frequentemente si presentano nella gestione della non autosufficienza.

Modello operativo di riferimento: nucleo centrale, servizi strumentali e servizi complementari

Devono operare nel servizio secondo specifica programmazione le seguenti figure professionali, che garantiscono il **nucleo centrale del servizio**:

- l'operatore sociosanitario (OSS);
- il coordinatore del servizio con specifica professionalità sociale;
- l'educatore, secondo le modalità previste nell'allegato 3, per interventi di carattere socio-educativo a sostegno dell'autonomia relazionale delle persone con disabilità
- personale amministrativo.

Devono essere previsti i **servizi strumentali e di supporto alla domiciliarità**, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, quali:

- la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio;
- servizio di accompagnamento sociale.

Devono essere previsti, i seguenti **servizi complementari**:

- pronta attivazione di interventi assistenziali per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato, anche a sostegno della dimissione protetta.

Devono essere garantiti il coordinamento e la continuità assistenziale ed il supporto alle famiglie con i seguenti **servizi complementari** (ambito assistenza familiare) attivati anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti:

- messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, anche in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio o agenzie per il lavoro.
- servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti, anche in collaborazione con i Centri di assistenza fiscale del territorio di riferimento.

Devono essere previsti, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, e su richiesta del contraente pubblico i seguenti **servizi complementari** (ambito abitativo, comunitario e sollievo al caregiver):

- assistenza e sostegno presso soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale, in particolare delle persone anziane, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR;
- adattamenti dell'abitazione con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

- attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata;
- attivazione di interventi di sollievo al domicilio per caregiver familiari tesi a consentire al caregiver di conciliare vita e cura recuperando tempi e spazi per le esigenze personali.

Gli Enti gestori accreditati e contrattualizzati si rendono disponibili ad offrire servizi agli utenti che chiedono assistenza privatamente. Ogni attività a carico economico dell'assistito è comunicata dall'operatore tutor del gestore al responsabile del caso individuato in UVM e, inoltre, i flussi relativi all'attività complessiva a sostegno della domiciliarità sono comunicati dal gestore al contraente pubblico.

Su richiesta del contraente pubblico devono inoltre essere previsti, anche attraverso accordi con altri soggetti, le seguenti **iniziative e servizi sviluppati con obiettivi di rilievo comunitario**, non necessariamente ricompresi nei progetti assistenziali individualizzati eventualmente elaborati a favore dei singoli partecipanti, o che coinvolgono fasce di popolazione non prese in carico nell'ambito dei percorsi assistenziali o sociosanitari:

- supporto agli interventi delle reti di prossimità e comunità, ad esempio di carattere intergenerazionale e tra persone anziane o con disabilità (in questo caso, a titolo di esempio, il gestore fornisce supporto al presidio generale di queste attività, oppure specifici servizi assistenziali, o ancora servizi complementari quali accompagnamento o pasti);

Rappresenta un elemento preferenziale per l'individuazione dei soggetti con cui stipulare gli accordi contrattuali la capacità dell'ente gestore di garantire direttamente, o in rete, il coordinamento e la continuità assistenziale con Centri diurni accreditati e altri servizi diurni di comunità.

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture socio-sanitarie	
<i>"Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
<p>1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</p>	<p>1.1.1 In base al progetto di vita e di cura formulato dalla Unità di valutazione multidimensionale (UVM) inviante e al piano personalizzato (PAI) di competenza dell'Ente Gestore, il servizio deve garantire, nell'ambito del budget di cura e di assistenza concordato, l'erogazione di diverse tipologie di intervento, fornite in modo flessibile ed integrato tra professionisti e discipline differenti:</p> <p>A) orientamento e supporto sia per le persone anziane e le persone con disabilità, che per i familiari, con una funzione di facilitazione/integrazione nella rete dei servizi e integrazione con le reti territoriali (Tutor);</p> <p>B) funzione di supervisione, consulenza e affiancamento delle persone assistite a domicilio sia per i familiari/caregiver, che per assistenti familiari (tutoring);</p> <p>C) presa in carico e svolgimento degli interventi di carattere socioassistenziale previsti nel piano individualizzato di assistenza tra quelle relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cura personale (ad esempio aiuto nell'igiene personale, nel vestirsi, nella somministrazione del cibo, il monitoraggio dei disturbi comportamentali ed interventi di supporto e stimolazione delle funzioni cognitive, etc.); • supporto sociale nella vita quotidiana, nel mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni, nella promozione alla partecipazione ad attività sociali; • supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali e nell'approccio ad ambienti diversi dalla casa, interventi educativi finalizzati all'acquisizione e/o mantenimento delle abilità personali e sociali, anche favorendo la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto e ai momenti di supporto ed incontro quali i Caffè Alzheimer o iniziative simili. <p>D) integrazione con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario (medico, infermieristico e riabilitativo) di competenza del Dipartimento di cure primarie o comunque secondo l'organizzazione di ciascuna Ausl.</p>
	<p>1.1.2 Il soggetto gestore garantisce anche la filiera di carattere socioeducativo rivolta a persone con disabilità che necessitano di un piano operativo per un progetto di vita autonoma e in particolare:</p> <p>A) orientamento e accompagnamento per piano di vita autonoma al di fuori del contesto familiare di origine (tutor);</p> <p>B) funzione di supervisione, consulenza e affiancamento sia delle persone con disabilità assistite presso soluzioni abitative per la vita indipendente o il dopo di noi, sia per eventuali assistenti familiari;</p> <p>C) presa in carico e svolgimento degli interventi di carattere socioeducativo previsti nel piano individualizzato di assistenza quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • supervisione per la cura personale e addestramento per l'acquisizione delle abilità strumentali per l'autonomia nelle attività

	<p>della vita quotidiana (ad esempio cura dell'abitazione, mezzi di trasporto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali e nell'approccio ad ambienti diversi dalla casa, per la partecipazione attiva alla vita sociale (ad es. lavoro, tempo libero...); <p>D) integrazione con eventuali interventi e prestazioni di carattere sanitario di competenza, ad esempio, del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL competente territorialmente.</p> <hr/> <p>1.1.3 Sono garantiti i servizi strumentali e di supporto alla domiciliarità, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio; • servizio accompagnamento sociale. <hr/> <p>1.1.4 È assicurato il servizio complementare di pronta attivazione di interventi assistenziali per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato, anche a sostegno della dimissione protetta, con modalità di accesso e presa in carico definite in accordo con la committenza.</p> <hr/> <p>1.1.5 Il soggetto gestore deve garantire il coordinamento e la continuità assistenziale e supporto alle famiglie con i seguenti servizi complementari (ambito assistenza familiare) attivati anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, anche in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio o Agenzie per il lavoro; • servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; • assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti, anche in collaborazione con i Centri di assistenza fiscale del territorio di riferimento.
	<p>1.1.6 Su richiesta del contraente pubblico, il soggetto gestore deve prevedere, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, e i seguenti servizi complementari (ambito abitativo, comunitario e sollievo al caregiver):</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistenza e sostegno presso soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale, in particolare delle persone anziane, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR; • adattamenti dell'abitazione con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza; • attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli

	<p>strumenti di programmazione e progettazione partecipata;</p> <ul style="list-style-type: none"> • attivazione di interventi di sollievo al domicilio per caregiver familiari teso a consentire al caregiver di conciliare vita e cura recuperando tempi e spazi per le esigenze personali, con i requisiti di cui all'allegato 14; • altri interventi di comunità concordati con la committenza, ad esempio, per favorire le reti di aiuto e solidarietà di carattere intergenerazionale o la partecipazione attiva alla vita sociale delle persone con disabilità. <p>1.1.7 Il soggetto gestore garantisce, laddove possibile, direttamente o in rete, il coordinamento e la continuità assistenziale con Centri diurni accreditati e altri servizi diurni di comunità.</p> <p>1.1.8 Per garantire il nucleo centrale di attività, devono operare nel servizio secondo specifica programmazione, con i requisiti indicati nell'allegato 3, le seguenti figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'operatore socio-sanitario (OSS); • l'educatore; • operatori con funzione/ruolo di tutor; • il coordinatore del servizio; • personale amministrativo. <p>1.1.9 Il soggetto gestore documenta le modalità di collaborazione ed integrazione con le AUSL, in particolare gli accordi e protocolli relativi alla modalità di relazione e collaborazione con i servizi sanitari territoriali (es. ADI, infermiere di comunità, riabilitazione, ecc.) e con i medici di medicina generale coinvolti nell'assistenza domiciliare integrata, sulla base di quanto concordato tra Comuni ed Ausl.</p> <p>Nell'ambito degli accordi sono definite anche le modalità di erogazione, in accordo con l'Ausl, della consulenza medico specialistica e riabilitativa rivolta agli utenti del servizio.</p> <p>Deve essere inoltre garantita una verifica periodica delle adempimenti previste dagli accordi.</p>
	<p>1.1.10 È garantita e documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS e/o educatori prevista nel Piano individuale per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata.</p> <p>1.1.11 Deve essere assicurata, in relazione ai bisogni delle persone e del nucleo familiare e di quanto previsto nel progetto personalizzato, l'operatività del servizio nell'arco di almeno 12 ore giornaliere, per tutti i giorni della settimana, anche nell'arco delle 24 per gli interventi di sollievo ed emergenza programmata.</p> <p>1.1.12 Il soggetto gestore assicura il monitoraggio del percorso assistenziale e segnala tempestivamente al Responsabile del Caso il cambiamento delle condizioni della persona assistita.</p> <p>1.1.13 Il soggetto gestore garantisce la programmazione, gestione e monitoraggio delle attività, necessarie a perseguire gli obiettivi indicati nel progetto personalizzato elaborato dall'UVM, nell'ambito del budget di cura e assistenza, ferma restando la possibilità di chiedere una verifica, con il responsabile del caso, per modifiche intervenute nei bisogni degli utenti in carico. Nella definizione delle attività da declinare nell'ambito dei piani operativi (PAI/PEI), il soggetto gestore riconosce e supporta la</p>

	<p>piena autodeterminazione dell'assistito e/o del caregiver, anche nella modulazione dei servizi offerti dal gestore nell'ambito del proprio budget di cura e assistenza.</p> <p>1.1.14 Il soggetto gestore assicura la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del materiale di consumo e attrezzature necessari per le attività al domicilio; • dei mezzi idonei in numero e tipologia, adeguati alle caratteristiche del territorio, per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori; • di adeguate modalità di accompagnamento per promuovere la partecipazione alla vita sociale e di relazione degli assistiti a domicilio, anche in accordo con gli enti e le organizzazioni di volontariato che assicurano l'accompagnamento sociale; • di adeguati mezzi di comunicazione con gli operatori in servizio. <p>1.1.15 Devono essere stabilite e concordate con la Committenza procedure per la definizione dei carichi di lavoro con l'individuazione dei tempi per il lavoro diretto presso il domicilio, per il lavoro di preparazione, per il lavoro di coordinamento e di raccordo (anche per esempio per garantire gli incontri con il responsabile del caso, ecc.) e per gli spostamenti degli operatori.</p> <p>1.1.16 Devono essere garantiti in accordo con la committenza specifici piani personalizzati alle persone che hanno bisogni particolari quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le persone con demenza e gravi disturbi del comportamento nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza"; • le persone con gravissima disabilità nell'ambito del programma di cui alla DGR 2068/04 e successivi provvedimenti; • le persone con disabilità e comportamenti problema, quali ad esempio le persone con elevati disturbi dello spettro autistico, che necessitano di trattamenti specifici con obiettivi e tempi definiti.
	<p>1.1.17 Il soggetto gestore si rende disponibile a collaborare ad eventuali progetti promossi dalla Ausl per l'utilizzo della telemedicina ad esempio per visite e consulenze specialistiche, interventi assistenziali da parte di professionisti sanitari e altre opportunità, anche in collaborazione con le cure domiciliari sanitarie (infermiere, fisioterapista, MMG), infermiere di comunità, psicologo, ecc. garantendo la partecipazione del proprio personale ai progetti e alle relative attività di formazione.</p> <p>1.1.18 Devono essere garantite, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno, la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio, qualora previsto dai progetti personalizzati, promuovendo e stimolando le scelte tra menù diversi, con la garanzia di menù personalizzati anche per esigenze dietetiche particolari e la preventiva adozione di soluzioni atte a garantire il servizio anche in caso di emergenze. Nel caso in cui il servizio di fornitura del pasto venga fornito da un soggetto diverso dal soggetto gestore del servizio, il soggetto gestore è comunque tenuto ad assicurarne l'integrazione con le attività assistenziali e di cura, perseguendo l'obiettivo del benessere complessivo della persona.</p> <p>1.1.19 Il soggetto gestore promuove strategie di interazione con la comunità locale, favorendo la creazione di reti con il terzo settore e con gli altri soggetti del sistema.</p>

	<p>1.1.20 Il soggetto gestore garantisce la collaborazione con i soggetti istituzionali competenti per assicurare la tempestiva, appropriata e personalizzata fruizione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.), favorendo il benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver.</p> <p>Il soggetto gestore concorre all'individuazione dei bisogni manutentivi degli ausili specifici in dotazione all'utente e supporta l'utente stesso ed i familiari nell'attivazione dei relativi interventi da parte dei soggetti tenuti ad assicurarne la manutenzione.</p>
	<p>1.1.21 L'ente gestore qualora ravvisi la necessità di interventi per l'adattamento domestico deve segnare al Responsabile del Caso e/o all'UVM la necessità di attivare il Centro Provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) che può offrire consulenza sia su eventuali adattamenti o arredi personalizzati sia sulla disponibilità di contributi economici, secondo le modalità definite in ambito distrettuale.</p>
<p>1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno</p>	<p>1.2.1 Il soggetto gestore dà evidenza della condivisione con i Comuni, il Dipartimento di cure Primarie e altri eventuali dipartimenti/unità operative interessate delle Ausl, su base distrettuale, di protocolli e percorsi assistenziali per la valutazione, presa in carico e collaborazione.</p>
	<p>1.2.2 Il soggetto gestore concorre a garantire l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura degli utenti, attraverso l'integrazione con i servizi erogati dalle aziende sanitarie locali in funzione delle condizioni e dei bisogni della persona evidenziati dall'UVM, anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi, collaborando al coordinamento operativo degli interventi.</p>
	<p>1.2.3 Nel caso di contemporaneo intervento socioassistenziale e sanitario, il programma individuale di assistenza deve essere unico e integrato così come gli strumenti informativi (cartella sociosanitaria) e di comunicazione tra gli operatori e con la famiglia ed individuato un unico responsabile del caso, al quale si rapportano tutti i servizi. Il soggetto gestore assicura la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma dimissione protette, le cui modalità sono definite congiuntamente da Comuni e AUSL a livello di ambito distrettuale.</p>
<p>1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi</p>	<p>1.4.1 Viene assicurato l'assolvimento dei debiti informativi sulla base delle richieste locali, regionali e nazionali.</p>
<p>2° Criterio - Prestazioni e servizi</p> <p><i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i></p>	
<p>REQUISITI</p>	<p>EVIDENZE</p>
<p>2.1 tipologia di servizi erogati</p>	<p>2.1.1 Nella Carta dei servizi sono descritti i servizi offerti compresi i servizi complementari e le relative modalità di richiesta e attivazione.</p>
	<p>2.1.2 Nella Carta dei servizi sono indicate le modalità per la formulazione per Piano individuale che il Soggetto deve garantire per ogni utente sulla base del Progetto formulato dalla UVM territorialmente competente e l'individuazione per ogni piano di un tutor. Sono specificate le modalità di partecipazione al Piano da parte dell'utente e/o del caregiver,</p>

	nonché le modalità attraverso le quali gli utenti e/o i loro Caregiver possono chiedere una valutazione congiunta e una revisione del proprio Piano.
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	2.2.1 Sono indicati nella carta dei Servizi le modalità di accesso ed i criteri di eleggibilità condivisi con la Committenza e l'UVM territorialmente competente.
	2.2.2 Sono descritte nella Carta dei servizi le modalità di presa in carico, definizione e revisione periodica del Piano e individuazione del tutor.
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Sono descritte nella Carta dei servizi le modalità per garantire la continuità assistenziale in particolare le modalità di relazione tra UVM e équipe del servizio, case manager e tutor, Progetto di vita e di cura formulato dalla UVM e Piano individuale formulato dalla équipe del servizio.
3° Criterio - Aspetti strutturali	
<i>“L'organizzazione cura l' idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 La sede del servizio deve essere chiaramente identificabile grazie alla presenza di segnaletica adeguata. I locali devono essere adeguati alle funzioni che vi vengono svolte e a norma rispetto ai requisiti di sicurezza. Deve essere previsto uno spazio dedicato alla ricezione del pubblico totalmente accessibile e che tuteli la privacy degli utenti. Viene garantita una manutenzione periodica delle attrezzature nel rispetto delle normative vigenti.
5° Criterio - Comunicazione	
<i>“Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favorisca la partecipazione degli operatori	5.1.1 Al fine di assicurare la condivisione da parte del personale del nuovo modello di assistenza domiciliare come descritto nei presenti requisiti specifici, l'Ente gestore garantisce modalità di diffusione al personale di adeguati strumenti, indicazioni e contenuti formativi, nonché assicura adeguate modalità di ascolto delle proposte e valutazioni del personale coinvolto nei percorsi assistenziali, al fine di migliorare la qualità dei servizi, nonché la sicurezza nella cura e assistenza.
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver	5.3.1 Con l'assistito preso in carico, è formalizzato un “contratto” assistenziale in cui si concordano i contenuti del piano personalizzato, le modalità di coinvolgimento dei familiari e/o dell'assistente familiare (ove presente), la copertura assicurativa, gli aspetti economici, l'impegno a rispettare i tempi concordati e a comunicare variazioni dell'orario dell'intervento o eventuali sospensioni del servizio.
	5.3.2 Sono esplicitate le modalità di attivazione del servizio, i tempi e i costi
	5.3.3 Il soggetto gestore definisce e rende noti orari, giorni di apertura e reperibilità telefonica (di norma per tutto l'orario di apertura del servizio e comunque non inferiore alle 12 ore) attraverso la carta dei servizi e altri strumenti di comunicazione.
5.4 coinvolgimento delle	5.4.1 Il soggetto gestore deve assicurare e documentare il

<p>persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza</p>	<p>coinvolgimento, da parte degli operatori del servizio, dei familiari e/o dell'assistente privato nel processo di cura, con la definizione e il coordinamento dei rispettivi compiti e la programmazione dell'attività di supervisione, affiancamento e tutoring dei caregiver, sia in termini di addestramento in situazione per gli aspetti tecnici inerenti all'assistenza, che per gli aspetti di carattere socio-relazionale.</p>
<p>6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza <i>"Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e devono essere monitorati"</i></p>	
<p>REQUISITI</p>	<p>EVIDENZE</p>
<p>6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</p>	<p>6.3.1 Il soggetto gestore garantisce la partecipazione dei propri operatori alla formazione sulla sicurezza delle cure, con particolare riferimento ai rischi relativi all'assistenza in ambiente domestico (es. rischio infettivo, cadute, ecc.).</p>

8° Criterio – Umanizzazione

"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"

REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 L'Ente Gestore garantisce modalità di erogazione del servizio nel rispetto dei bisogni di carattere bio-psico-sociale e delle differenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute, nonché promuove programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza attraverso ad esempio attività di formazione, gruppi di lavoro, indicatori e strumenti per la valutazione della qualità, condivisione di buone pratiche, cambiamenti organizzativi.

ALLEGATO 14

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche del servizio di sollievo al domicilio per caregiver familiari

PREMESSA
<p>Il servizio di sollievo al domicilio è rivolto ai caregiver familiari che si prendono cura, in ambito domiciliare, di un proprio caro con non autosufficienza o con disabilità, con necessità di ausilio di lunga durata.</p> <p>Il servizio tiene conto anche dei bisogni dell'assistente familiare (quando presente) e delle altre persone del contesto familiare e sociale dell'assistito che partecipano e condividono il lavoro di cura con il caregiver familiare.</p>
DEFINIZIONE
<p>Il servizio consiste nella sostituzione del caregiver familiare per il periodo di tempo concordato con i servizi invianti, il caregiver e l'assistito, finalizzata a consentire al caregiver una pausa dall'assistenza.</p> <p>Al fine di rafforzare l'efficacia dell'intervento di sollievo, è possibile associare momenti di affiancamento/supporto per l'empowerment del caregiver al fine di condividere un piano personalizzato di conciliazione che individui attività specifiche per il benessere del caregiver coerenti coi suoi interessi e le sue esigenze, da promuovere anche in collaborazione con gli enti del terzo settore.</p>
FINALITÀ
<p>Consentire al caregiver di conciliare vita e cura recuperando tempi e spazi di autonomia rispetto a chi assiste, sulla base di un rapporto costruito su affidabilità, flessibilità, fiducia e competenze.</p> <p>Il servizio è personalizzato sulla base delle esigenze del caregiver, dell'assistito e della programmazione locale, con la possibilità di prevedere interventi settimanali o bisettimanali di almeno alcune ore (di norma non inferiori a 4-6 ore), giornate, weekend e settimane di sollievo. Il servizio è garantito da personale qualificato, al domicilio della persona assistita.</p>
UTENZA – CRITERI DI ELEGIBILITÀ
<p>Caregiver familiari di persone anziane con non autosufficienza e di persone con disabilità valutate dall'UVM.</p> <p>L'individuazione dei beneficiari del servizio avviene a cura dei servizi territoriali, sulla base di criteri oggettivi di carico di cura, anche in collaborazione con i soggetti gestori.</p> <p>Gli interventi di sollievo tengono conto della rilevazione dello stress del caregiver effettuata con appositi strumenti validati e dell'esigenza di prevenire il burn-out, supportando il caregiver nell'aver cura della propria salute.</p>

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie
“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

REQUISITI	EVIDENZE
1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 Il soggetto gestore garantisce, nell'ambito degli accordi contrattuali con la committenza, opportunità di sollievo programmato assicurando un'efficace risposta alle necessità dell'utente e dei suoi familiari.
	1.1.2 Gli interventi proposti devono avere una struttura flessibile (in termini di orari, giorni, tipologia ecc.) in grado di adattarsi il più possibile alle esigenze dell'utente e dei suoi familiari, compatibilmente con le disponibilità organizzative del soggetto gestore.
	1.1.3 Il soggetto gestore assicura, sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione territoriale e dei servizi inviati relativamente a questa tipologia di intervento, nell'ambito del progetto personalizzato elaborato dall'UVM, l'adattamento delle scelte gestionali ed organizzative, al fine di rispondere in modo flessibile e personalizzato ai bisogni degli utenti, dei caregiver familiari, degli eventuali assistenti familiari, gestendo tutte le relazioni e i raccordi necessari per garantire la continuità assistenziale alla persona assistita e l'efficacia dell'intervento di sollievo nei confronti del caregiver.
	1.1.4 Deve essere garantito, sin dall'avvio del servizio, un accordo con i servizi territoriali in merito alle finalità, alla durata e al contenuto dell'intervento di sollievo, con il coinvolgimento dell'utente e dei familiari/caregiver.
	1.1.5 Deve essere data evidenza del fatto che, nella predisposizione del piano personalizzato sono tenuti in considerazione sia i bisogni dell'utente che i bisogni dei caregiver familiari e dell'assistente familiare se presente.
	1.1.6 Prima dell'attivazione del servizio, di norma, deve essere effettuata una visita preliminare al domicilio, al fine di approfondire la conoscenza con la persona assistita e il caregiver familiare promuovendone la collaborazione, anche con il coinvolgimento del tutor.
	1.1.7 Deve essere assicurata la valutazione e la conoscenza delle abilità, delle relazioni e delle abitudini dell'utente e del caregiver per favorire un adeguato inserimento dell'operatore fin dal primo accesso.
	1.1.8 Deve essere data evidenza che la procedura di attivazione dell'intervento di sollievo preveda un colloquio di reciproca conoscenza e approfondimento fra referente/operatore del servizio e utente/caregiver/familiari nell'ambito del quale devono essere forniti al caregiver e ai familiari dell'utente i riferimenti dell'operatore cui fare riferimento per informazioni e supporto.
	1.1.9 Il soggetto gestore garantisce che le qualifiche e/o la formazione e le capacità professionali degli operatori individuati siano adeguate al bisogno prevalente e assicura la qualificazione necessaria dell'operatore impegnato in base alla capacità di svolgere i compiti prestazionali che svolge il caregiver (competenze alimentate dall'esperienza). Pertanto, operatori sociosanitari, educatori e assistenti familiari formati, vengono coinvolti in relazione ai bisogni effettivi.

	<p>persona assistita, promuovendone il benessere, in un contesto di fiducia e collaborazione con il caregiver.</p> <p>1.1.11 Il soggetto gestore deve garantire che gli interventi siano accuratamente personalizzati per rispondere in modo efficace e adeguato alle specifiche esigenze di ogni utente e dei suoi familiari e caregiver, valorizzando le conoscenze e le competenze specifiche del caregiver in relazione alla peculiarità della situazione e delle esigenze dell'utente.</p>
<p>1.2 Modalità per integrazione e coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per continuità assistenziale con l'esterno</p>	<p>1.2.1 Deve esser data evidenza di procedure concordate con i servizi territoriali per il tempestivo passaggio delle informazioni relative alle condizioni dell'utente ed ai bisogni dei caregiver familiari al fine di contribuire a garantire la continuità del percorso assistenziale sia al momento dell'attivazione che al termine dell'intervento di sollievo al domicilio.</p>
	<p>1.2.2 Nell'ambito del progetto personalizzato possono essere integrate attività a cura di professionisti sanitari delle cure domiciliari e dei servizi sanitari territoriali (per esempio, medici specialisti, fisioterapisti, infermieri delle cure territoriali, terapisti occupazionali, psicologi, ecc.) concordate con il MMG e con l'Ausl, con riferimento ai bisogni di salute della persona assistita e del caregiver. Il soggetto gestore garantisce la collaborazione per favorire l'integrazione degli interventi.</p>
	<p>1.2.3 Al termine dell'intervento di sollievo al domicilio, deve essere assicurata in forma scritta la verifica dell'attuazione del piano di assistenza individuale relativamente agli obiettivi specifici concordati per e con l'utente e il caregiver.</p>
<p>2° Criterio - Prestazioni e servizi "L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</p>	
<p>2.3 Continuità assistenziale</p>	<p>2.3.1 Per quanto attiene alla programmazione degli interventi di sollievo con carattere di periodicità che prevedono più accessi, deve essere data evidenza delle strategie attuate per garantire la continuità dell'operatore individuato (operatore che conosce utente, caregiver familiari e necessità di entrambi), favorendo il rapporto di fiducia tramite la conoscenza reciproca e il mantenimento delle relazioni, tenendo conto al contempo della necessaria flessibilità in coerenza con il cambiamento dei bisogni.</p>

4° Criterio - Competenze del personale “L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”	
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1 Il soggetto gestore deve assicurare che, per gli interventi di sollievo al domicilio, siano impiegati operatori opportunamente formati e adeguati rispetto alle diverse necessità dell'utente (OSS, educatori, assistenti familiari, personale specializzato ecc.) garantendo formazione aggiuntiva e specifica relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> • la capacità di decodificare la domanda dell’assistito, in ottica di sostituzione del caregiver; • le strategie di comportamento per gestire il rapporto con il caregiver; • le modalità per affrontare eventuali emergenze; • la capacità di osservare, rilevare e riferire elementi rilevanti inerenti alla salute e al benessere dell’assistito e del caregiver; • la capacità di fare un resoconto al caregiver circa l’attività svolta; • ecc.
5° Criterio - Comunicazione “Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”	
5.3 Modalità e contenuti delle informazioni da fornire a utenti e familiari	5.3.1 Il soggetto gestore deve assicurare, nell’ambito della Carta dei servizi, l’informazione sull’opportunità di sollievo al domicilio, sui servizi offerti e sui diritti delle persone assistite e dei loro caregiver familiari.
7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione "Il governo delle azioni di miglioramento e l’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili	
7.1 Progetti di miglioramento e iniziative di innovazione	7.1.1 Devono essere assicurate modalità di rilevazione di gradimento rispetto all'intervento di sollievo al domicilio, utilizzando strumenti adeguati alla capacità di comprensione ed espressione degli utenti, e l'eventuale predisposizione di report annuali del gradimento espresso. Deve, inoltre, essere data evidenza dell'acquisizione di suggerimenti da parte di utenti, familiari e caregiver ai fini del miglioramento.

ALLEGATO 15

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

MODALITÀ DI PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
<p>Il soggetto gestore, per quanto di competenza, si avvale delle indicazioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le demenze (PDTA).</p> <p>Nel programma di miglioramento, il soggetto gestore indica le specifiche modalità di presa in carico delle persone con demenza e loro familiari/caregiver, nonché le azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale. Per il monitoraggio dei trattamenti farmacologici, inerenti la specifica patologia, il raccordo con il MMG /medico di struttura e i Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD) costituisce elemento essenziale</p>
AMBIENTE
<p>Il soggetto gestore garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none">• presenza di spazi/percorsi interni ed esterni per la gestione del wandering;• la destinazione di almeno un ambiente per la gestione separata di persone con demenza con disturbi comportamentali;• gli accorgimenti specifici ambientali, a fini preventivi e di contenimento delle eventuali dispercezioni e di controllo/contenimento dei disturbi del comportamento;• presenza di ausili per l'orientamento.
PERSONALE
<p>Al fine di garantire il benessere degli operatori e la continuità relazionale con le persone con demenza, nel programma di miglioramento è necessario specificare le strategie organizzative volte a contenere il burn-out ed il turn-over degli operatori. Costituiscono elementi essenziali per il raggiungimento di tali obiettivi: la selezione motivazionale e psicoattitudinale del personale della struttura da destinare alla gestione delle persone con demenza, un'adeguata presenza degli Operatori Socio-sanitari (OSS) e di tutte le figure professionali dell'équipe assistenziale, in relazione al numero ed allo stadio di progressione della malattia dei soggetti con demenza, incontri di équipe e supervisioni, colloqui (almeno semestrali) con lo psicologo.</p>
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
<p>La formazione del personale dell'assistenza alle persone con demenza deve costituire un elemento continuativo e permanente dei servizi; anche in fase di accesso del personale a questi servizi, deve essere garantita una formazione dedicata, che ricomprenda le materie definite dal livello regionale e le proposte formative delle Ausl, al fine di garantire omogeneità, qualità e adeguatezza dei programmi formativi.</p> <p>Devono essere specificati gli eventi formativi inerenti tematiche sulle demenze. Costituiscono elementi minimi dei programmi di formazione/aggiornamento, i seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none">• modalità dell'approccio relazionale dell'operatore con la persona con demenza e con i familiari;• l'importanza dell'ambiente umano nella gestione della persona con demenza• la gestione dei disturbi comportamentali;• la progressione della malattia ed il suo monitoraggio.
<p>Il soggetto gestore specifica le modalità di coinvolgimento delle varie figure professionali, dando atto di garantire momenti formativi a tutto il personale operante.</p>
<p>Il programma individua, inoltre, modalità di formazione/informazione ai familiari delle persone con demenza.</p>

PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

Il programma delle attività deve indicare:

- le specifiche attività da realizzarsi con gli ospiti con demenza ed almeno le seguenti in relazione ai bisogni di ciascun utente:
 - Stimolazione cognitiva
 - Stimolazione funzionale
 - Stimolazione motoria
 - Attività di socializzazione.
- gli interventi finalizzati a controllare/contenere i disturbi comportamentali
- gli interventi di sostegno ai familiari
- gli interventi volti alla razionalizzazione dei trattamenti farmacologici ed alla prevenzione/cura delle complicanze dello stadio avanzato di malattia.

Per la programmazione ed il monitoraggio delle attività sopra descritte, il soggetto gestore si avvale della valutazione multidimensionale (almeno sul piano cognitivo, funzionale, comportamentale ed affettivo), dando atto, nel programma di miglioramento, dell'utilizzo di specifici strumenti e scale di valutazione validati e garantendone la somministrazione da parte di personale con specifiche competenze.

Nel programma di miglioramento, nell'ambito del piano di verifica annuale, il soggetto gestore individua indicatori specifici per la valutazione del programma di miglioramento dell'assistenza alle persone con demenza, tenendo conto degli indirizzi regionali.