

Allegato 4 - Requisiti specifici e di personale delle strutture extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie

Requisiti specifici delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale

1. Premessa Generale

I requisiti regionali per l’Autorizzazione e l’Accreditamento Istituzionale e di Eccellenza degli erogatori pubblici e privati di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali sono finalizzati soprattutto a garantire processi di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), per la esigibilità dei bisogni/diritti del cittadino attraverso la piena attuazione dei LEA.

La Regione Calabria intende, così, garantire il diritto del cittadino::

- a) ad avere assicurati i livelli essenziali di assistenza;
- b) ad una valutazione tecnico-scientifica del proprio bisogno, ed all’individuazione del livello appropriato di intensità assistenziale;
- c) all’appropriatezza del ricovero, alla qualità dei servizi ed alla qualità delle prestazioni;
- d) alla libera scelta della struttura pubblica o privata accreditata per servizi e prestazioni finalizzati a garantire la esigibilità del livello di intensità individuato e riportato nel Piano di assistenza individuale;

Per garantire tali diritti, il SSR promuove la organizzazione di un sistema integrato di strutture e servizi territoriali idonei a garantire i LEA.

Le strutture di seguito elencate rappresentano un punto fondamentale nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Dette strutture erogano gran parte dell’offerta di servizi afferente le attività territoriali e distrettuali, alternative e sostitutive al ricovero ospedaliero.

La definizione dello specifico fabbisogno, già definito con DPGR n 18/2010, così per come integrato e modificato con DCA n 76/2015 rappresenta non semplicemente un’alternativa ai ricoveri ospedalieri, come spesso si ritiene, ma un tassello di primaria importanza nell’ambito del più complessivo mosaico assistenziale di livello territoriale.

Uno degli elementi fondanti della programmazione regionale deve essere difatti ricondotto non già all’alternativa residenzialità/ospedale quanto, piuttosto, alla coesistenza contemporanea e strettamente correlata tra residenzialità e domiciliarità. Solo così si può inquadrare adeguatamente il ruolo assistenziale svolto dall’opzione residenziale che, attraverso meccanismi di cooperazione amministrata, deve trovare governance univoca con quella domiciliare.

Il fabbisogno di queste strutture è stabilito con il Piano Sanitario Regionale, ma è evidente che il loro potenziamento e la loro diffusione sul territorio rappresentano l’unica alternativa a ricoveri ospedalieri, talvolta inappropriati rappresentando un risparmio economico a fronte di una spesa altrimenti indirizzata verso l’ospedale.

È altresì evidente che il carico assistenziale delle malattie cronico - degenerative, in progressivo ed inarrestabile aumento per l’invecchiamento della popolazione, e le disabilità associate a questo tipo di patologie, necessita un approccio diverso da quello finora erogato che possa coniugare: l’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la qualità delle prestazioni erogate, la sicurezza del paziente, la tutela della salute, il soddisfacimento territoriale del fabbisogno, l’umanizzazione e la facilitazione dei percorsi, il diritto di accesso equo, indistinto e solidale e per ultimo l’attenzione ai costi.

L’appropriatezza delle prestazioni deve essere ricondotto ad una corretta parametrizzazione dei livelli di intensità assistenziale così per come scaturiscono dagli specifici bisogni/diritti di salute valutati attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale (appropriatezza di livello).

L’appropriatezza delle prestazioni garantisce il giusto livello di intensità assistenziale ad uno specifico bisogno/diritto di salute valutato con metodiche tecnico/scientifiche.

Ciò esige che il servizio sanitario regionale abbia una classificazione appropriata delle singole strutture (riconosciuta a livello nazionale), ognuna delle quali definita a seconda dello specifico livello di intensità assistenziale che è chiamata a sostenere oppure che una stessa struttura possa essere articolata in moduli terapeutici, tra loro complementari, che assicurino diversi livelli di intensità assistenziale a favore di particolari categorie di soggetti (anziani, disabili, età evolutiva, ecc..) oppure all’interno di medesimi servizi e prestazioni (riabilitazione, specialistica, ecc...). Si hanno così Strutture che sono organizzate in sistemi di assistenza integrata che permettono anche una economia di scala in quanto alcuni servizi potranno essere del sistema e non dei singoli moduli.

Deve ancora sottolinearsi come, per quanto predetto, nei livelli di intensità assistenziale vada ricercata la corrispondenza tra opzione residenziale ed opzione domiciliare.

La qualità della struttura classificata dovrà essere sostenuta da elementi oggettivi sia per le autorizzazioni al funzionamento sia per gli accreditamenti e sia per le eccellenze.

I requisiti riguardano:

- la organizzazione

- le tecnologie
- le strutture fisiche

Per la organizzazione è necessario pervenire alla determinazione quali - quantitativa delle risorse umane tenendo nella dovuta considerazione:

- i livelli di intensità assistenziale della struttura e/o del “modulo” del sistema di assistenza integrata
- la tipologia di prestazioni che tali livelli esigono e le relative figure professionali
- i minuti di assistenza medi che ogni figura professionale deve assicurare giornalmente e/o periodicamente
- la tipologia della organizzazione clinica, igienico - organizzativa ed amministrativa.

Per le tecnologie è necessario individuare quelle che garantiscono un sereno confort alberghiero ma anche un supporto efficace al percorso terapeutico finalizzato, ove possibile, anche alla maggior autonomia ed autogestione degli ospiti.

In tutte le strutture deve essere assicurata una temperatura degli ambienti di 20°C/22°C centigradi nel semestre invernale (ora solare), e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo

Per le strutture fisiche, i requisiti debbono garantire, per quanto possibile, la privacy, la socializzazione, l’animazione, gli spazi terapeutici e riabilitativi, ecc.

I requisiti specifici di seguito indicati devono essere coerenti con le disposizioni regionali a suo tempo emanate (DGR 133/99 e DGR 3137/99) ed integrati con i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici generali previsti dal regolamento regionale e dai manuali dell’Autorizzazione e dell’Accreditamento ai sensi dell’art. 11 comma 5 della Legge Regionale del 18 luglio 2008, n. 24.

2. Finalità del documento

Il presente documento procede alla riclassificazione delle strutture effettuata in coerenza con la tipologia di utenza trattata e l’intensità delle cure prestate, consentirà la corretta individuazione e quantificazione dei requisiti di cui le strutture medesime dovranno essere dotate e, conseguentemente, la determinazione dei costi da sostenere, soprattutto in relazione al requisito organizzativo. Ovviamente, *in considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione erogata non potrà essere quello dell’episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza (...) si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale vengono erogate in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il panel dell’assistenza residenziale* (Relazione finale Mattone 12 *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali* – Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA). Allo stesso modo, consentirà la corretta imputazione delle quote di partecipazione ai diversi soggetti (FSR – FS nella quale trova capienza la partecipazione dell’Ospite), operando la necessaria distinzione tra costi totalmente sanitari (riferibili all’assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali), costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari), e costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione).

Il sistema che si intende delineare fonda sulla distinzione tra il concetto di prestazione e quello di processo assistenziale, presupponendo l’uno la semplice operatività dei singoli, ed imponendo l’altro un vero e proprio percorso che, muovendo da una richiesta, passi attraverso una analitica fase di decodifica degli effettivi bisogni assistenziali, per giungere alla declinazione delle molteplici modalità di soddisfazione delle stesse. Il metodo è quello della multidimensionalità, della multidisciplinarietà, della multiprofessionalità (tutti a forte connotazione interistituzionale) e, quindi, di una totale presa in carico, che contempli specifici percorsi di reversibilità dei differenti livelli di cura.

Su tali basi si ipotizza un sistema a connotazione *integrata*, non solo in ragione della interconnessione tra le due componenti assistenziali, quella sanitaria e quella sociale, ma anche e soprattutto in quanto sistema in grado di scomporre e ricomporre le diverse componenti (interne e/o esterne, sempre e comunque appartenenti al complesso e variegato sistema socio-sanitario) in un processo di continuo adattamento ai diversi bisogni assistenziali dei singoli. Si intende così andare oltre la consueta classificazione dei diversi livelli di cura definiti su base strutturale, per spostare il focus assistenziale sul grado di intensità delle cure (intensiva, estensiva, lungoassistenza) e fornire così appropriate risposte ai molteplici bisogni di tipo strettamente sanitario, socio-sanitario e socio assistenziale in senso stretto.

3. Riclassificazione delle Strutture e livelli di intensità di cure

Sulla base delle finalità evidenziate al precedente punto 2, si intende proporre la riclassificazione delle strutture in coerenza con il livello di intensità delle cure e con le indicazioni della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA.

Conseguentemente, in applicazione del "Mattone 12 *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*", è possibile distinguere le strutture in oggetto come segue:

A. Strutture sanitarie di cura e recupero, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- ***R1: nuclei specializzati per pazienti non autosufficienti*** richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica ed assistita, nutrizione entrale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (pazienti in stato vegetativo o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc). Strutturalmente corrispondono agli Hospice (per i pazienti terminali) e, in larga parte anche alle RSA Medicalizzate o *moduli* da realizzarsi preferibilmente nell'ambito di strutture a connotazione RSA.
- ***RRE1 - RRE2: Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno***, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva, nonché trattamenti di mantenimento. Rientrano in tale tipologia le strutture di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera;
- ***RD2 - RD3: Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno***, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o di patologie di interesse neuropsichiatrico. Rientrano in tale tipologia i Centri di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera, Ambulatoriale e Domiciliare;

B. Strutture socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- ***R2: Unità di Cure residenziali Estensive***, nuclei specializzati per anziani non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria: cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, etc.. Strutturalmente sono riconducibili alle RSA per anziani;
- ***R2D: Nuclei demenze (tipo Alzheimer)***, nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente *protetico*. Tali nuclei devono essere realizzati nell'ambito di strutture connotate come RSA;
- ***RD1: Unità di cure intensive per SLA***, nuclei specializzati per persone affette da SLA e patologie neurodegenerative affini non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria.
- ***RD4: Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili***, per prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento in regime residenziale, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi;

C. Strutture socio-sanitarie, a connotazione sociale a rilievo sanitario, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- ***R3: Unità di cure residenziali di mantenimento***, nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare ed aiuto alla persona. Strutturalmente sono riconducibili alle Case Protette per Anziani;
- ***RD5: Residenze Protette***, nel cui ambito rientrano le strutture che erogano prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare. Strutturalmente sono riconducibili alle Case Protette per Disabili Mentali, ed alle Strutture Socio-Riabilitative a ciclo diurno già Strutture a Progetto (SAID);

D. Strutture di accoglienza, a connotazione sociale-alberghiera, finalizzate a fornire una residenza a piccoli gruppi, senza particolari forme di protezione assistenziale e con assistenza sanitaria simile a quella

erogata a domicilio (Es. Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio, Case Albergo, etc.), non ricomprese nel "Mattone 12"

Il sistema prevede diversi livelli di intensità di cure, pertanto, l'accesso del cittadino-utente rimane subordinato alla verifica dell'eleggibilità nell'ambito del livello richiesto. Si tratta, peraltro, di un percorso già normativamente codificato (L.R. n. 11/2004; D.P.G.R. n. 12/2011; D.C.A. n. 71/2014) al quale si fa espresso rinvio.

La rivisitazione del complessivo sistema di Assistenza Residenziale deve necessariamente muovere da un inquadramento dei diversi livelli di intensità assistenziale sottesi ai bisogni esibiti dai pazienti in sede di prima valutazione.

Non può trascurarsi, peraltro, la necessità di rendere univoca questa quantificazione all'interno del sistema di cure, con ciò intendendosi la complessiva offerta assistenziale domiciliare/residenziale e precisando come la residenzialità debba rappresentare un'*alternativa* all'ambito privilegiato di cura che rimane ovviamente quello **domiciliare**. A tale proposito deve ribadirsi come le due opzioni assistenziali (domiciliare – residenziale) non devono essere gestionalmente vissute come poli contrapposti. Le due opzioni devono convivere armoniosamente attraverso una sapiente *governance*, frutto di un'adeguata modulazione valutativa e di un'**apertura dell'offerta di prestazioni domiciliare al sistema di offerta di residenzialità**.

L'inserimento nelle strutture residenziali secondo il profilo di complessità individualmente esibito, consente di superare la criticità attualmente rappresentata dalla impossibilità di un inserimento coerente ed appropriato definito sulla base delle condizioni cliniche e del miglioramento/peggioramento delle stesse che, al contrario, rimane attualmente correlato esclusivamente alla disponibilità di posti letto.

Peraltro, un sistema basato sull'inserimento dei pazienti nel livello di cura più appropriato al tipo di fabbisogno assistenziale individualmente esibito, consente di registrare ricadute positive anche in termini di contenimento della spesa.

Alla luce di questa premessa, l'ipotesi è quella di parametrare l'intensità assistenziale sulla scorta del livello di protezione/gravità delle patologie trattate e della durata dell'assistenza/tipologia della patologia trattata.

Quindi si ipotizza un Sistema di classificazione dei pazienti che dovranno presentare caratteristiche specifiche per l'inserimento nelle differenti strutture che dovranno così essere classificate dal più elevato grado di complessità a quello più lieve, per quanto riguarda i disabili, fino ad arrivare ad un livello che possa trattare problemi di esclusiva natura socio-assistenziale.

4. Livelli di intensità di cure e tipologia dei pazienti appropriata

Possono così essere identificate, in coerenza con i livelli di intensità assistenziale sopra ipotizzati, quattro differenti tipologie di bisogno e quindi di intensità assistenziale:

- **tipologia A:** pazienti che hanno perso temporaneamente la loro autonomia in seguito ad interventi chirurgici e/o traumi che necessitano di interventi complessi, ma concentrati nel tempo. Gli obiettivi assistenziali sono quindi rivolti, con la ovvia eccezione dei pazienti terminali, alla riacquisizione dell'autonomia. Sono inoltre da includere pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi come ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (stati vegetativi, coma, gravi insufficienze respiratorie, malattie neurodegenerative progressive, etc.). Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare può essere identificato con l'ospedalizzazione domiciliare e/o con un'assistenza domiciliare di elevata intensità. È evidente che tale tipologia si caratterizza per una breve durata (con ciò sottendendo un elevato turn over) e per un elevato costo. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di strutture classificate **R1** (ex RSA-(Modulo Intensivo)) per i bisogni prevalentemente riabilitativi in strutture deputate ad una riabilitazione di tipo intensivo.
- **tipologia A1:** pazienti in condizioni di terminalità che necessitano di interventi complessi, ma concentrati nel tempo. Sono inoltre da includere pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi come ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (stati vegetativi, coma, gravi insufficienze respiratorie, malattie neurodegenerative progressive, etc.). Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare può essere identificato con l'ospedalizzazione domiciliare e/o con un'assistenza domiciliare di elevata intensità. È evidente che tale tipologia si caratterizza per una breve durata (con ciò sottendendo un elevato turn over) e per un elevato costo. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di strutture classificate **R1** (Hospice) per i bisogni prevalentemente riabilitativi in strutture deputate ad una riabilitazione di tipo intensivo.

- **tipologia A2:** pazienti con demenza senile e disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protesico.
- **tipologia B:** pazienti non autosufficienti cronici (anziani e non portatori di gravi patologie croniche). Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono essenzialmente quelli di evitare- limitare il ricorso ad impropri ricoveri ospedalieri. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare di media/alta intensità con il supporto di medici specialisti. Detta tipologia si caratterizza per una lunga durata, basso turn over ed un costo per giornata elevato. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico dell'RSA.
- **tipologia C:** pazienti temporaneamente semiautosufficienti che necessitano di terapie specifiche limitate nel tempo integrate dalla necessità di un elevato livello di prestazioni socio-assistenziali. Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata con prevalente componente socio-assistenziale. E' evidente che si tratta di una presa in cura di breve durata con alto turn over essendo riferita la semiautosufficienza a prevalenti bisogni di tipo socio-assistenziali. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di Case protette e riabilitazione di tipo estensivo.
- **tipologia D:** pazienti permanentemente semiautosufficienti con patologie croniche lievi e necessità di elevato livello di prestazioni socio-assistenziali. Gli obiettivi assistenziali sono rappresentati dal prevenire e rallentare il peggioramento delle condizioni generali e conservare il livello di autonomia. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata a prevalente componente socio-assistenziale o, laddove sia validamente rappresentato il supporto familiare, dall'assistenza domiciliare programmata. Tale tipologia è caratterizzata da lunga durata di presa in cura e quindi basso *turn over*. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di CP socio-assistenziali, Case di riposo, Comunità alloggio.

A tal fine si individuano le seguenti caratteristiche dei pazienti:

Tipologia del Paziente per intensità assistenziale	Caratteristiche del paziente
A	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti altamente instabili con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano • Pazienti con patologie croniche in fase di riacutizzazione o pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive (SLA, sclerosi multipla) • Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale dopo una patologia acuta (ictus cerebrale, interventi chirurgici maggiori, etc.)
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti terminali (hospice)
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con demenza e gravi anomalie comportamentali • Pazienti con instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico non programmabile, più volte alla settimana, a volte quotidiano • Pazienti con condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa
B	<ul style="list-style-type: none"> • Paz. > 65 anni • Perdita autosufficienza • Pazienti con comorbidità ed instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico non programmabile, una o più volte alla settimana ma non quotidiano • Pazienti con condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa

C	<ul style="list-style-type: none"> • Paz. > 65 anni • Paz. temporaneamente semiautosufficienti e/o a rischio di disabilità • Pazienti moderatamente instabili con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile, ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana • Pazienti in condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa
D	<ul style="list-style-type: none"> • Paz. con stabilità clinica completa o con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di lunga durata (< 60 gg) • Paz. con stabilità clinica moderata che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile con intervalli di 30 – 60 giorni

6. Figure professionali

1. Direttore Sanitario (Medico dell’Assistenza e Responsabile dell’Organizzazione Sanitaria)

L’incarico è conferito ad un Medico Specialista in Igiene, esperto dei servizi sanitari e sociosanitari. Nello specifico, tale figura:

- Espleta attività assistenziali integrandosi con il Medico di Medicina Generale degli ospiti;
- È responsabile del coordinamento e dell’integrazione delle diverse componenti di assistenza per assicurare le migliori condizioni psico-fisiche degli ospiti e delle condizioni igienico sanitarie della struttura; verifica l’attuazione dei protocolli individualizzati dei singoli utenti;
- Favorisce la partecipazione delle associazioni di volontariato;
- Assicura il collegamento e l’integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale, i quali assicurano continuità assistenziale ai rispettivi assistiti, con Presidi ed Aziende Ospedaliere e con le strutture territoriali di livello distrettuale per i casi bisognevoli di ricovero ospedaliero, di accertamenti clinico-diagnostici o di consulenze specialistiche;
- Verifica il regolare approvvigionamento delle risorse, in particolare dei farmaci, previsti nell’apposito prontuario, dei presidi, di protesi ed ausili;
- Verifica il regolare funzionamento delle attrezzature;
- Vigila su corretto espletamento dei compiti da parte dei singoli operatori;
- Vigila sulla corretta tenuta della documentazione clinica e delle cartelle assistenziali degli utenti.

Le funzioni di Direttore Sanitario possono essere svolte, oltre che dal sanitario in possesso dei requisiti di cui all’art. 7, comma 2, L.R. 24/2008, dal medico specialista, limitatamente alle strutture eroganti prestazioni monospecialistiche e per un numero di posti letto non superiore a 40.

2. Medici (Specialista e MMG)

a. Il medico specialista viene identificato nella figura del geriatra per quanto attiene le strutture per anziani. Nelle strutture per disabili, lo specialista dovrà essere un neurologo o uno specialista in medicina fisica e riabilitativa (nelle residuali case protette per *disabili mentali*, lo specialista potrà essere anche uno psichiatra). Lo Specialista, oltre ad un eventuale attività consulenziale “a richiesta”, pianifica i suoi interventi programmati nell’ambito della definizione del PAI di ciascun singolo ospite. A tale figura professionale viene affidata la complessiva gestione del piano assistenziale individuale di ciascun ospite, divenendo così interfaccia privilegiata con gli specialisti ASP e con l’Unità di Valutazione Distrettuale.

b. Il Medico di Medicina Generale, a richiesta, deve espletare attività sanitaria, pari a non più di 8 (otto) ore settimanali, per garantire prestazioni proprie della sua funzione, presso strutture classificate come R2, RD1, RD4 e altre strutture residenziali descritte nel presente allegato, senza costi aggiuntivi a carico del SSR.

3. Psicologo

1. È responsabile dell’attività di riabilitazione psicologica a favore degli utenti;
2. Assolve alle funzioni di gestione e verifica dei programmi riabilitativi atti a favorire l’orientamento e a compensare le disabilità;

3. collabora con i Medici per il controllo periodico e gestione dei problemi sanitari ricorrenti;
4. gestisce nursing orientato al mantenimento delle capacità residue e, per quanto possibile, alla riabilitazione psichica dell'utente;
5. collabora alle attività di aiuto e di sostegno dell'utente che presenti eventuali problemi e difficoltà inerenti l'inserimento ;
6. promuove attività ed iniziative finalizzate al miglioramento della qualità della vita quotidiana;
7. partecipa alle riunioni di équipe per la definizione di progetti individuali;
8. cura i contatti e le relazioni con i parenti;
9. verifica l'attuazione dei programmi di animazione.

4. Infermiere Professionale

Le funzioni dell'infermiere, come da D.M.14/9/94, n° 739 “regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”, possono essere così sintetizzate:

- pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- tenuta e aggiornamento della cartella del piano individualizzato di assistenza;
- azione professionale individuale ed in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- supervisione del personale addetto all'assistenza nell'espletamento dei compiti relativi agli atti della vita quotidiana ed alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Tra il suddetto personale deve essere individuata un'unità cui affidare compiti di coordinamento del Servizio infermieristico professionale.
- Sinteticamente le funzioni affidate al *coordinatore* sono le seguenti:
- gestisce, coordina ed integra le diverse componenti di assistenza e figure professionali;
- garantisce l'approvvigionamento delle risorse (farmaci, presidi, protesi ed ausili, nonché il materiale sanitario previsto per l'emergenza);
- verifica il regolare funzionamento delle attrezzature; controlla il corretto approvvigionamento e la corretta distribuzione dei pasti;
- conserva correttamente la documentazione clinica e vigila sulla corretta tenuta della cartella personalizzata degli utenti;
- è responsabile della custodia dell'armadio medicinali prescritti agli utenti.

5. Operatore Sociosanitario addetto all'assistenza

Il Servizio di assistenza alla persona viene prestato da operatori in possesso della qualifica. Vengono fornite all'ospite tutte le prestazioni finalizzate al soddisfacimento dei suoi bisogni (assistenza diretta alla persona : aiuto per l'igiene personale e i pasti, deambulazione e mobilizzazione, vestizione, prevenzione delle complicanze dell'allettamento prolungato, pulizia ordinaria degli ambienti di vita, arredi ed attrezzature dell'utente, etc.; interventi di protezione della persona : controllo e vigilanza; interventi generali di natura assistenziale : prestazioni di carattere assistenziale volte a seguire l'evoluzione delle condizioni dell'utente; rapporti con la famiglia e con l'esterno, ecc.).

6. Professionista della Riabilitazione

L'attività di riabilitazione è garantita da personale, in possesso della qualifica di terapeuta riabilitatore, che assicurano agli utenti i trattamenti riabilitativi, con l'eventuale supervisione del *fisiatra*, per gli utenti non autosufficienti, e quella dello psicologo, per gli utenti dementi / affetti dal Morbo di Alzheimer. I trattamenti potranno essere effettuati nella palestra o al letto del paziente, a seconda delle condizioni cliniche.

A tal fine, fatti salvi i titoli equipollenti:

1. Per terapeuta della riabilitazione si intendono:
 - a) Terapeuta della riabilitazione;
 - b) Fisioterapeuta;
2. Per Tecnico della riabilitazione si intendono:
 - a) Logopedista;
 - b) Neuropsicomotricista dell'età evolutiva;
 - c) Terapeuta occupazionale;
 - d) Tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, limitatamente alle strutture di tutela della salute mentale;

7. Educatore professionale socio-sanitario/Terapista occupazionale

Per Educatore si intendono:

1. Educatore professionale socio-sanitario;
2. Educatore di comunità e animatore di comunità (corso biennale organizzato dalla Regione Calabria), **figure ad esaurimento**, ovvero altra tipologia di Educatore professionale, che sono figure che possono rimanere in servizio ai fini del riconoscimento dei requisiti organizzativi, laddove già assunte alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Ad essi competono i Programmi individuali e collettivi di animazione e terapia occupazionale, secondo il progetto individuale, tenendo conto delle preferenze e delle possibilità di stimolazione fisica e mentale degli utenti.

8. Assistenti Sociali

Le funzioni sono quelle proprie del profilo professionale.

7. Tabella comparativa riepilogativa per la riclassificazione delle strutture

<u>Classificazione Mattone 12</u>	<u>Denominazione precedente</u>	<u>Nuova Denominazione</u>	<u>Tipologia Paziente</u>	<u>Profilo SVAMA</u>	<u>Profilo SVAMDI</u>	<u>Altro</u>
R1	Hospice	Hospice	A1			Scala Instabilità Clinica (4) KPS < 50
R2 (potenziata)	RSA (Medicalizzata)	RSA (Modulo Intensivo)	A			CIRS+ Scala Instabilità Clinica (3)
R2	RSA Anziani	RSA per Anziani	B	12 - 17		
R2D	Nucleo per demenze (Alzheimer)	Nucleo per demenze (Alzheimer)	A2	12 - 17		Demenza (Criteti DSMV) NPI>48 Aggressività, wandering (3x3)
R3	Casa Protetta per Anziani	Casa Protetta per Anziani (CPA)	C	6 - 10		
RD1	RS-SLA	Unità di Cure Intensive SLA (UCIS)	A		grave	
RD3	<u>Centro Residenziale</u> <u>Centro Diurno per Autismo</u>	Centro Residenziale			medio/grave	
		Comunità Alloggio Residenziale				
		Centro Diurno per Autismo				
		Comunità alloggio Semiresidenziale				
RD4	RSA Disabili	Residenza per Disabili	B		medio	
RD5	Casa Protetta Disabili	Casa Protetta Disabili	B		lieve	
SR (SR1)	Centro diurno per anziani	Centro diurno per anziani		<5		Supporto familiare presente
SRD (SR2)	Centro diurno Demenze	Centro diurno Demenze		<5		Supporto familiare presente

RRE1 – RRE2	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a a Ciclo Continuativo	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a Ciclo Continuativo				
RRE1- RRE2	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a a Ciclo Diurno	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliere a Ciclo Diurno				
RRE1- RRE2	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliere ambulatoriale e domiciliare	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliere ambulatoriale e domiciliare				