

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it - informa@ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 260

del 23/06/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Approvazione schema Accordo di Programma per l'attivazione di Comunità Residenziali per Anziani, Unità d'Offerta sperimentale della rete sociale nel territorio dell'ATS di Brescia.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
Del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.

Dr. Fabrizio Speziani

Dr.ssa Annamaria Indelicato

Dott.ssa Lara Corini



IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

- la Legge Regionale n. 3 del 12.03.2008 ad oggetto "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" prevede fra i principi e gli obiettivi da perseguire l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie;
- il D.D.G. di Regione Lombardia n. 1254 del 15.02.2010 ad oggetto "Prime indicazioni operative in ordine a esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali" emana, in applicazione dell'art. 11 della Legge Regionale n. 3 del 12.03.2008, le indicazioni operative al fine di disciplinare in modo omogeneo sul territorio le procedure per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociali, riconoscendo ai Comuni la funzione di promuovere la sperimentazione di nuove unità d'offerta e nuovi modelli gestionali;
- la D.G.R. n. IX/197 del 30.06.2010 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli interventi a supporto al sistema di welfare lombardo", prevede la sperimentazione di nuovi modelli gestionali per la programmazione e ridefinizione, a livello distrettuale, della rete integrata delle unità di offerta sociale e socio-sanitaria;

Richiamate le D.G.R.:

- 856/2013 ad oggetto "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. n. 116/2013: primo provvedimento attuativo";
- 2942/2014 ad oggetto "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. n. 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative";
- 4702/2015 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016";

che introducono e confermano interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, prevedendo fra gli interventi innovativi la Misura 2 "Residenzialità leggera/assistita", con indicazione di specifici requisiti strutturali/tecnologici ed organizzativi/gestionali già previsti nel documento "Comunità Residenziali per Anziani", ideato dall'ASL di Brescia nel 2010, ed oggi inseriti nel documento "Le Comunità Residenziali per Anziani - Requisiti Organizzativi Generali";

Ritenuto che la pianificazione degli interventi sociali, sociosanitari e sanitari a sostegno dell'integrazione debba essere perseguita attraverso la valorizzazione del ruolo programmatico delle ATS (subentrate alle ASL ai sensi della L.R. 23/2015) e dei Comuni;

Considerato che le dinamiche demografiche impongono un'attenta valutazione dell'intero sistema assistenziale rivolto agli anziani ed alle loro famiglie, al fine di verificarne la compatibilità economica e dei modelli organizzativi storicamente affermati, proponendo nuove soluzioni abitative nel contesto della residenzialità leggera;

Rilevato il numero crescente di domande di residenzialità e di situazioni particolarmente critiche di fragilità economica;

Precisato che una quota significativa di anziani presenta livelli di compromissione dell'autonomia ed un quadro complessivo valorizzabili in contesti di vita comunitaria, opportunamente organizzati in apposite strutture, anche con la finalità di soddisfare il bisogno di inserimento in un contesto capace di salvaguardare abilità funzionali, qualità di vita, oltre che rispondere alla carenza di assenza di supporto familiare a causa di varie motivazioni;



Precisato che il Progetto sperimentale "Comunità Residenziali per Anziani" prevede la sottoscrizione di un Accordo di Programma tra le parti interessate alla sperimentazione;

Ritenuto in considerazione di quanto sopra esposto, di procedere all'approvazione dello schema dell'"Accordo di Programma" per l'attivazione di Comunità Residenziali per Anziani - Unità d'offerta sperimentale rete sociale, così come da allegato "A" (composto da n. 6 pagine) integrato dai documenti "Progetto ATS - Comunità Residenziali per Anziani" - allegato n. 1 (composto da n. 10 pagine), "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" - allegato n. 2 (composto da n. 4 pagine) e "Requisiti organizzativi generali" - allegato n. 3 (composto da n. 3 pagine), che costituiscono parti integranti del presente provvedimento;

Considerato che, al fine di semplificare l'avvio dell'iter procedurale relativo all'attivazione dell'unità d'offerta di che trattasi, si è ritenuto opportuno procedere alla predisposizione dei modelli di "Comunicazione preventiva di esercizio" - allegato "B" (composto da n. 2 pagine), di "Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà" - allegato "C" (composto da n. 1 pagina) e di "Verbale di visita ispettiva" della commissione di vigilanza di ATS - allegato "D" (composto da n. 4 pagine), parti integranti del presente provvedimento;

Considerato che gli impegni di ciascun sottoscrittore sono dettagliati nell'articolato schema di Accordo di Programma di che trattasi;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, Dott.ssa Fausta Podavitte, che attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica e la conformità del presente provvedimento;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani, del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato e del Direttore Amministrativo f.f., Dott.ssa Lara Corini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di adottare, per quanto in premessa richiamato, lo schema dell'"Accordo di Programma" per l'attivazione di Comunità Residenziali per Anziani - Unità d'offerta sperimentale rete sociale, così come da allegato "A" (composto da n. 6 pagine) integrato dai documenti "Progetto ATS - Comunità Residenziali per Anziani" - allegato n. 1 (composto da n. 10 pagine), "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" - allegato n. 2 (composto da n. 4 pagine) e "Requisiti organizzativi generali" - allegato n. 3 (composto da n. 3 pagine), che costituiscono parti integranti del presente provvedimento;
- b) di procedere, per le motivazioni in premessa richiamate, alla predisposizione dei modelli di "Comunicazione preventiva di esercizio" -allegato "B" (composto da n. 2 pagine), di "Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà" - allegato "C" (composto da n. 1 pagina) e di "Verbale di visita ispettiva della commissione di vigilanza di ATS" - allegato "D" (composto da n. 4 pagine), parti integranti del presente provvedimento;
- c) di dare atto che la Comunità Residenziale per Anziani rientra nella sperimentazione di unità di offerta socio assistenziali, con costi di degenza a totale carico degli ospiti;
- d) di dare atto che gli impegni di ciascun sottoscrittore sono dettagliati nell'articolato dell'Accordo di programma di che trattasi;
- e) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri a carico dell'ATS di Brescia;



- f) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- g) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all'Albo on-line – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella



**SCHEMA ACCORDO DI PROGRAMMA
PER L'ATTIVAZIONE DELLA COMUNITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI –
UNITA' D'OFFERTA SPERIMENTALE RETE SOCIALE**

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia (di seguito denominata A.T.S. di Brescia), cod. fisc. e PI 03775430980 nella persona del suo legale rappresentante e Direttore Generale Dr. Carmelo Scarcella domiciliato per la carica in Brescia, Viale Duca degli Abruzzi, 15;

il **Comune** di _____, cod. fisc. _____ e partita IVA _____ nella persona del suo legale rappresentante e Sindaco _____ domiciliato per la carica in _____ via _____

il **Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito**

l'Ente gestore _____, con sede legale a _____ in via _____ cod. fisc. _____ e P.IVA _____, della Comunità Residenziale _____ sita nel Comune di _____ in via _____, nella persona del legale rappresentante

Premesso e considerato che:

- le dinamiche demografiche in atto impongono un'attenta valutazione dell'intero sistema assistenziale rivolto alle persone anziane, al fine di integrare i modelli organizzativi e le unità d'offerta consolidate con sperimentazioni, in particolare di nuove soluzioni di residenzialità/abitabilità. Particolare rilievo assume anche la compatibilità economica relativa alle nuove soluzioni, sia per il sistema di welfare, sia per il singolo utente;
- la rete delle RSA, da anni principali strutture di riferimento per gli anziani non più nelle condizioni di vivere a casa, anche se con il supporto dell'assistenza domiciliare, non può essere ulteriormente sviluppata oltre indici prestabiliti, sia per il peso eccessivo sul Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), sia per i costi

crescenti delle rette non sempre sostenibili dalla famiglia. È stato inoltre verificato che risulta essere una soluzione non adeguata per alcune tipologie di anziani, benché necessitino di un luogo di vita alternativo alla casa;

- numerosi anziani con livelli di parziale autonomia possono godere di una miglior qualità di vita in contesti opportunamente organizzati, finalizzati a soddisfare il desiderio di vivere in un ambiente stimolante, meno istituzionalizzante, orientato a salvaguardare i desideri anche del singolo ospite quali lo spazio di autonomia decisionale ed il bisogno di senso da dare alla propria vita;

tenuto conto

- della Legge Regionale n. 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale" e successive sue modifiche ed integrazioni, che prevede fra i principi e gli obiettivi da perseguire l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie;
- del DDG n. 1254 del 15 febbraio 2010 "Prime indicazioni operative in ordine a esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali", che emana in applicazione dell'art. 11 della l.r. 3/2008, indicazioni operative al fine di disciplinare in modo omogeneo sul territorio le procedure per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociali;
- che lo stesso decreto attraverso il titolo 5 "Sperimentazione di nuove unità d'offerta: articolo 13 comma 1 lettera b L.R. 3/2008" dà ai Comuni la funzione di riconoscere e promuovere la sperimentazione di nuove unità d'offerta e nuovi modelli gestionali;
- della DGR n° 9/197 del 30 giugno 2010 "Determinazione in ordine agli interventi a supporto del sistema di welfare lombardo" che prevede la sperimentazione di nuovi modelli gestionali per la programmazione e ridefinizione, a livello distrettuale, della rete integrata delle unità di offerta sociale;
- della dgr 856/2013 ad oggetto "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: primo provvedimento attuativo" e della successiva dgr 2942/2014 ad oggetto "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della dgr 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative", fra le quali rientra la Misura 2 "Residenzialità leggera/assistita";

considerato che

- la pianificazione degli interventi sociali, sociosanitari e sanitari a sostegno dei processi di integrazione deve essere perseguita attraverso la valorizzazione del ruolo programmatico dell'ATS di Brescia (già ASL di Brescia) e dei Comuni;
- le Comunità Residenziali per Anziani possono essere attivate nell'ambito delle sperimentazioni, non rientrando nelle UdO della rete assistenziale;
- la dgr 856/2013, la successiva dgr 2942/2014 e la dgr 4702/2015 (Regole regionali 2016) di Regione Lombardia introducono e confermano le Misure quali interventi innovativi. In particolare per la Misura 2 "Residenzialità leggera/assistita" vengono indicati specifici requisiti strutturali/tecnologici ed organizzativi/gestionali già previsti nel documento "Comunità Residenziali per Anziani" ideato dall'ASL di

Brescia nel 2010 ed aggiornato da parte di ATS nella edizione del 2016 (all. 1);

- l'ATS di Brescia, il Comune di _____, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito _____ e l'Ente gestore _____, manifestano la propria volontà di collaborazione con la sottoscrizione di un Accordo che ne rappresenti l'attuazione, nella sperimentazione di nuove forme di vita comunitaria per gli anziani;

TUTTO CIO' PREMESSO

si conviene e si sottoscrive il seguente Accordo di Programma

**Art. 1
(Finalità e oggetto dell'accordo)**

La finalità del presente accordo è quella di:

- 1) offrire soluzioni di residenzialità leggera ad anziani con grado di compromissione da lieve a moderata, non più in grado di vivere nella propria abitazione, per problemi di varia tipologia;
- 2) garantire agli ospiti della Comunità Residenziale per anziani un approccio integrato sociale e sociosanitario, anche attraverso l'erogazione di prestazioni da parte di figure ed enti diversi, in grado di rispondere ai bisogni complessi degli ospiti.

Il presente Accordo determina il ruolo e gli impegni di ogni soggetto in una logica di cooperazione stabile e di integrazione delle attività derivanti da competenze specifiche dei diversi soggetti coinvolti.

**Art. 2
(Soggetti sottoscrittori)**

I soggetti sottoscrittori dell'Accordo per l'attuazione della sperimentazione sono: il Comune di _____, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito _____, l'ATS di Brescia, l'Ente gestore _____.

**Art. 3 -
(Ambito territoriale)**

L'ambito territoriale di riferimento è _____ compreso nel territorio dell'ASST di _____.

**Art. 4
(Modalità di attuazione)**

La Conferenza dei Sindaci è il luogo di definizione degli indirizzi politico-strategici in materia di programmazione e coordinamento dei servizi e degli interventi integrati. Il Progetto "Comunità Residenziali per Anziani" ideato dall'ASL di Brescia nel 2010 ed aggiornato da parte di ATS nella edizione del 2016 (allegato 1), è il riferimento tecnico per l'avvio e la gestione della Comunità Residenziale per Anziani.

Art. 5
(Durata dell'Accordo)

La durata dell'accordo è di _____, tempo minimo necessario a garantire la funzionalità dell'iniziativa.

Art. 6
(Adempimenti e compiti dei soggetti sottoscrittori)

Gli enti firmatari concorrono a:

- collaborare alla realizzazione di obiettivi, criteri e regole contenuti nel documento Comunità Residenziali per Anziani;
- garantire la partecipazione del proprio rappresentante, in relazione alla specifica responsabilità e funzione ricoperta, ad incontri e scambi collaborativi fra i soggetti firmatari;
- provvedere al monitoraggio della realizzazione della parte del progetto di propria competenza ed all'informazione agli altri soggetti firmatari dell'attività svolta, in modo da garantire la circolarità delle informazioni.

I soggetti firmatari del presente Accordo si assumono, inoltre, i seguenti impegni specifici:

Il Comune di _____:

- si impegna ad approntare tutti gli strumenti amministrativi ed urbanistici per la realizzazione dell'opera;
- esprime parere, attraverso propria deliberazione, in merito all'avvio della Comunità Residenziale per anziani ed all'attuazione della sperimentazione sul proprio territorio. L'attività può essere avviata a decorrere dall'adozione della delibera comunale.
- richiede ad ATS la visita di vigilanza;
- sovrintende sul buon funzionamento del servizio.

L'ATS di Brescia:

- garantisce consulenza e supporto nella fase di avvio della Comunità Residenziale, anche attuando un sopralluogo preliminare nella sede individuata;
- effettua la valutazione multidimensionale pre-ingresso, semestrale ed al bisogno in caso di aggravamento, mediante l'Equipe per la Valutazione Multidimensionale, in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e quelli della Comunità Residenziale, oltre che con il MMG, verificando la rispondenza del servizio ai bisogni della persona, che deve risultare idonea all'ingresso, collaborando, in caso di aggravamento del quadro complessivo della persona, all'individuazione di soluzioni alternative attraverso la dimissione pianificata;
- fornisce strumenti ed indicazioni per l'attività di monitoraggio attraverso la raccolta dei dati relativi agli ospiti rilevati nel corso delle valutazioni e rivalutazioni, nel rispetto dei criteri e della tempistica stabiliti nel documento "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" edizione aggiornata 2016

(allegato 2), implementando il programma specifico gestito dall'ATS di Brescia (Geras);

- effettua la visita di vigilanza richiesta dal Comune di ubicazione e quelle successive di verifica.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito _____

- si impegna a sviluppare i processi informativi finalizzati alla conoscenza di tale servizio su tutto il territorio distrettuale;
- collabora a garantire la qualità dei servizi e l'omogeneità di comportamenti fra i vari interlocutori.

L'Ente gestore _____

- favorisce l'effettuazione della valutazione pre-ingresso, delle rivalutazioni periodiche e di quella per la dimissione; si impegna a segnalare anche i nominativi di persone interessate all'ingresso in Comunità Residenziale, prima della loro accoglienza;
- collabora con gli operatori della valutazione multidimensionale nell'attività di monitoraggio, fornendo le informazioni relative ad ospite, attività, organizzazione, servizi aggiuntivi, personale;
- collabora di fronte al sopraggiungere di cambiamenti del quadro complessivo della persona segnalando il problema e partecipando all'individuazione di soluzioni alternative;
- predispose ed adotta una carta dei servizi;
- rispetta e garantisce il mantenimento dei requisiti previsti nel documento "Requisiti Organizzativi Generali" (allegato 3);
- garantisce l'inserimento e l'invio dei dati relativi al monitoraggio dell'attività nell'applicativo gestito da ATS (Geras);
- presenta comunicazione preventiva di esercizio al comune di ubicazione della Comunità Residenziale.

Art. 7 (Costi del Servizio)

La retta è a totale carico di ospite e/o famiglia e dovrà essere di norma inferiore alle rette minime in vigore nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) del territorio.

Tutti gli aspetti relativi alla gestione dell'ospite ed ai costi di soggiorno vengono normati da un contratto sottoscritto fra ospite/famiglia e Comunità Residenziale.

Letto, confermato e sottoscritto

_____ li _____

PER L'ATS di Brescia
IL DIRETTORE GENERALE Dr. Carmelo Scarcella

PER L'ASSEMBLEA DEI SINDACI DELL'AMBITO _____

PER IL COMUNE DI _____

Il Sindaco _____

PER L'ENTE GESTORE _____

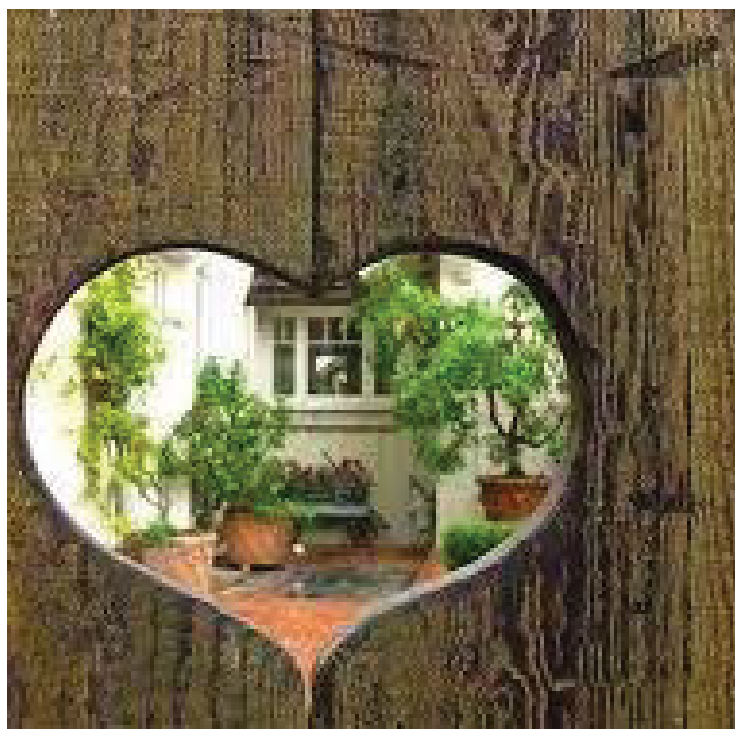
Sistema Socio Sanitario



ATS Brescia

Progetto ATS

COMUNITÀ RESIDENZIALI PER ANZIANI



5° Edizione maggio 2016

(prima edizione luglio 2010)

INDICE

PRESENTAZIONE	PAG. 3
IL CONTESTO DELL'ATS	PAG. 4
LE COMUNITA' RESIDENZIALI PER ANZIANI	PAG. 5
➤ Caratteristiche e collocazione nella rete	
➤ Capacità ricettiva e retta	
➤ Tipologia di ospiti e monitoraggio	
LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	PAG. 8
DIMISSIONI DALLA COMUNITA' RESIDENZIALE	PAG. 8
RAPPORTI CON L'UTENZA	PAG. 8
NORME DI RIFERIMENTO	PAG. 9
BIBLIOGRAFIA	PAG. 10

PRESENTAZIONE

La nuova edizione del documento "Comunità Residenziali per Anziani" viene redatta a seguito dell'attuazione della riforma sanitaria regionale L.R. 23/2015, che ha determinato l'istituzione delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), quale trasformazione delle ASL, e delle Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST).

L'ex ASL, ora ATS, ideatrice e regista del Progetto di residenzialità leggera e del suo progressivo sviluppo, conserva il ruolo di programmazione e coordinamento, che ha portato dal 2010, ad oggi, all'avvio di 12 Comunità Residenziali per anziani, di cui 1 per demenze lievi, rete in ulteriore prossimo ampliamento.

Questa unità di offerta si è dimostrata una valida e gradita risposta ai bisogni di residenzialità da parte di molte persone anziane che hanno perso parte delle funzioni fondamentali per la quotidianità, ma che possono beneficiare di un ambiente di vita con dimensioni e caratteristiche rispondenti ai loro bisogni.

Con DGR 856/2013 e DGR 2642/2014 la Regione Lombardia ha introdotto la Misura 2 "Residenzialità leggera/assistita", confermata con le regole di sistema 2016, che prevede l'erogazione di un voucher a giornata, finalizzato all'erogazione di prestazioni in ambiente controllato e protetto per anziani in condizioni di fragilità/parziale autosufficienza, valutati idonei ed inseriti in strutture che, in possesso dei requisiti, hanno aderito alla Misura. Tale normativa, introduce criteri in particolare vincolanti per l'accesso alla Misura, relativi a minuti assistenza e figure professionali, oltre che al numero di posti letto per le residenze avviate in via sperimentale. Seppur non definisca ancora nei dettagli un modello di unità di offerta residenziale innovativa, di fatto sancisce comunque l'esistenza ed il riconoscimento di sperimentazioni in Lombardia di tale tipologia.

La versione 2016 del Progetto ATS "Comunità Residenziali per Anziani", conferma principi e criteri del modello iniziale del 2010, tenendo in considerazione gli esiti delle sperimentazioni nel frattempo avviate e lo sviluppo di Comunità Residenziali in programma per il futuro.

La spinta maggiore all'avvio delle iniziative volte al tema "abitare per l'anziano", è stata fornita dall'esigenza di ideare un modello nuovo di residenza, a bassa protezione, di dimensioni contenute e con costi sostenibili a carico dell'ospite, per fare fronte:

- alla ricerca della compatibilità economica di sistema, visto il contrasto fra aumento dell'aspettativa di vita, numero di anziani non autosufficienti e risorse regionali e nazionali disponibili;
- alla forte pressione delle liste di attesa per l'ingresso in RSA, a fronte dell'impossibilità di un loro ulteriore sviluppo, specie in Lombardia, essendo la regione con maggior numero di posti letto;
- alla crisi economica che sta coinvolgendo sia le RSA sia gli ospiti e le loro famiglie, con rischio di ulteriore aumento delle rette, non sostenibili;
- alla crisi familiare, strutturale (numero basso di componenti o assenza) e motivazionale, con difficoltà nel "prendersi cura" e nel conciliare i vari ruoli.

Oggi, la pressione economica esercitata sul sistema sociale e familiare sta determinando un pesante cambiamento non solo nelle abitudini e nei bisogni, ma

anche nella domanda di servizi. La scelta di creare Comunità Residenziali per anziani, si è rivelata pertanto strategica e di grande attualità, capace di arricchire la rete di strutture residenziali per anziani, di fatto per anni le sole RSA, differenziandone livelli di protezione, intensità assistenziale, organizzazione, personale, criteri di ingresso e dimissione, oltre che tipologia di ospite.

Con le Comunità Residenziali si è creata una rete nuova parallela a quella delle RSA, non sostitutiva, bensì una rete di unità di offerta che precede l'ingresso in struttura protetta o ne può divenire un'alternativa per le situazioni idonee.

Sono due gli elementi vincenti delle Comunità Residenziali ed assai gradite agli anziani ed ai familiari: un ambiente di vita più consono a mantenere abilità, stimoli all'autonomia, autodeterminazione e rimotivazione alla vita e la retta contenuta tendenzialmente inferiore a quella minima delle RSA del territorio di ubicazione. A ciò si aggiunge l'assenza di costi a carico del SSR.

E' in aumento una fascia di popolazione anziana che, pur non potendo o non volendo più vivere da sola, può beneficiare positivamente di un progetto assistenziale ancora più coinvolgente la sua volontà, capacità di pensiero, vita emozionale, desideri, anziché di un progetto in struttura protetta. Non essere più autosufficienti non sempre coincide con la non autonomia intesa come incapacità di autodeterminarsi, decidere per sé, condurre la propria esistenza. Un ambiente di vita comunitaria attenta al coinvolgimento attivo dell'anziano ed alla concessione delle possibili ed opportune libertà, come i dati di monitoraggio dimostrano, favoriscono una lunga permanenza in struttura.

IL CONTESTO DELL'ATS (dati aggiornati a dicembre 2014)

Il territorio dell'ATS di Brescia è composto da 164 Comuni distribuiti nelle 3 ASST di recente istituzione. La popolazione assistita è di 1.170.501, di cui over 65 il 20,1% e over 85 il 2,8%.

L'età media è aumentata di 20 mesi negli ultimi 13 anni, con un incremento del 32,8% di anziani, di cui il 75,2% over 85.

Le RSA accreditate ubicate nell'ATS di Brescia dispongono di 6.564 posti letto autorizzati, 6.228 accreditati, di cui 6.105 a contratto. Va sottolineato che le RSA hanno un indice di saturazione medio del 98,97% (nel 2015), superiore a quello regionale del 97,60%.

Altri aspetti significativi delle RSA bresciane, riguardano l'elevata età media di ingresso, 84,37 anni e la complessità degli ospiti, collocati nel 79% circa dei casi nelle classi 1-3, le più gravi. Dal 2004 al 2014 si è registrato infatti un notevole incremento dei gravi (dal 26,61 al 42,91% classe 1) a fronte di una riduzione dei meno gravi (dall'8,16% al 2,3% classe 8). Va aggiunto che è in crescita il numero degli ospiti presenti in RSA in un anno (9.060 nel 2014 vs 8.510 del 2013) su posti a contratto, determinato pertanto da un forte turn over per aggravamento e riduzione dei tempi di sopravvivenza. Sono invece in progressivo aumento le persone in lista d'attesa, circa 5.200.

In questo scenario le sperimentazioni assumono un ruolo chiave.

LE COMUNITÀ RESIDENZIALI PER ANZIANI

Caratteristiche e collocazione nella rete

La rapida evoluzione e trasformazione del quadro complessivo della persona anziana richiede una grande flessibilità nelle opzioni di risposta ai bisogni. La Comunità Residenziale si inserisce come nuova soluzione fra il domicilio e la RSA.

Tale struttura, di natura assistenziale, rientra nella sperimentazione prevista dalla Legge Regionale n. 3/2008. Gli standard strutturali debbono rispettare le norme di sicurezza, di igiene locale e di abbattimento delle barriere architettoniche, mentre gli standard di personale sono orientati prevalentemente a garantire interventi di supporto e supervisione dell'igiene personale, mobilità, alimentazione, di sorveglianza degli adempimenti sanitari, di gestione delle dinamiche relazionali e organizzazione della giornata. La Comunità Residenziale è da considerarsi sostitutiva del domicilio; pertanto gli ospiti debbono poter fruire di tutti gli stessi servizi. Il MMG, rimane il responsabile della cura del proprio assistito, anche garantendo visite al bisogno o periodiche presso la Comunità.

La realizzazione della Comunità Residenziale, sia per gli aspetti strutturali che gestionali, può essere sostenuta dalla compartecipazione di vari attori della realtà locale, non solo dai Comuni, ma anche da fondazioni, cooperative, gruppi di volontariato, ecc., con investimento di risorse economiche, strumentali o di personale. Il Progetto ATS prevede la sottoscrizione di un "Accordo di Programma" a livello di ambito territoriale fra Comune di ubicazione, Assemblea dei sindaci, ATS ed ente gestore. La Comunità Residenziale per anziani ha i suoi punti di forza, garanti del buon funzionamento, in alcuni presupposti imprescindibili, fra i quali:

- la valutazione multidimensionale pre-ingresso da parte delle équipes per la valutazione, in collaborazione con operatori sociali dei Comuni e con quelli della Comunità Residenziale, oltre che con il MMG, che verificano la rispondenza del servizio ai bisogni della persona e la sua idoneità all'ingresso e redigendo il Progetto Individuale;
- la definizione del livello di fragilità clinica della persona (grado di compromissione fra lieve e moderato);
- la predisposizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) a cura degli operatori delle Comunità Residenziali, orientato alla salvaguardia delle autonomie, oltre che alla soddisfazione dei bisogni globali dell'anziano;
- il monitoraggio della situazione e l'eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità, quali gli accessi del MMG (ADP) o l'ADI per garantire interventi infermieristici e/o riabilitativi;
- la dimissione pianificata, qualora si evidenzi un aggravamento della situazione che la renda incompatibile con la vita in comunità, ciò solo a seguito di individuazione e reperimento di un altro servizio più adeguato;
- la collocazione della struttura nel centro abitato ed il coinvolgimento del tessuto sociale, con il mantenimento di un livello adeguato di iniziative di socializzazione e di raccordo con il contesto locale.

Favorire il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il "focus" della Comunità Residenziale, che si configura come ulteriore anello della rete, ampliando le strade possibili fra cui scegliere di fronte al bisogno, in un processo di effettiva continuità assistenziale.

Queste strategie operative sono il presupposto che rendono le Comunità Residenziali un'unità di offerta ben inserita nel contesto locale, mediando fra libertà di scelta, mantenimento del livello di autonomia presente, costi contenuti e sistema di tutela.

Capacità ricettiva e retta

La Comunità Residenziale deve essere di dimensione contenuta, con mediazione fra la tutela degli aspetti relazionali e la sostenibilità economica, altrettanto importante per l'anziano ed i suoi familiari. La dimensione ideale della Comunità Residenziale è pertanto di circa 20 posti letto, per raggiungere un buon equilibrio fra costi gestionali e qualità di vita dell'ospite.

Tipologia di ospiti e monitoraggio

I destinatari della Comunità Residenziale sono prioritariamente persone anziane compromesse nell'autonomia, con quadro clinico stabilizzato e bisogni di varia natura, di ordine non solo abitativo, ma anche psicologico, relazionale, assistenziale, sanitario e sociale, come specificato nel PAI. Essi devono presentare un grado di compromissione nell'autonomia da lieve a moderata, in particolare per mobilità e comorbidità, con assenza di significativi segni di decadimento cognitivo e di disturbi comportamentali. Possono essere in condizione sociale e familiare precaria, oppure scegliere volontariamente di vivere in Comunità, ad esempio per far fronte ai problemi determinati dalla solitudine.

Non sono ammissibili in Comunità Residenziale le persone gravemente non autosufficienti o con disturbi psico-comportamentali di rilievo, poiché le caratteristiche strutturali ed assistenziali del servizio non garantiscono livelli di protezione sufficientemente adeguati.

ATS ha previsto un piano di monitoraggio dell'attività, utile alla valutazione oggettiva ed alla verifica del buon funzionamento della sperimentazione delle Comunità Residenziali.

Gli indicatori individuati, riassunti nella Tabella A, sono relativi al quadro complessivo dell'ospite, alle motivazioni di ingresso e dimissione, ai servizi aggiuntivi attivati, al personale, oltre che all'eventuale impiego di caregiver non professionali.

Tab. A - Indicatori di verifica Comunità Residenziale per Anziani

Dati anagrafici e dati di ingresso	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza all'ingresso
	età
	sexso
	contatto familiare
	data ingresso
Quadro complessivo dell'ospite	motivazione ingresso
	abilità funzionali: BARTHEL, ADL, IADL
	comorbidità: CIRS a cura del MMG
	cognitività: MMSE
Tempi di permanenza e ricorso ad altra tipologia di servizi a supporto	quadro depressivo: GDS
	attivazione SAD (ASA/OSS)
	n. interventi di cure domiciliari attivati e livello di intensità
	n. accessi del MMG
	n. chiamate del Medico di Continuità Assistenziale
Personale della Comunità Residenziale	n. di accessi al Pronto Soccorso
	n. ricoveri ospedalieri
	n. di operatori suddiviso per fig. professionale e tipologia di contratto rispetto al tempo pieno
	utilizzo di volontari, familiari, assistenti familiare/badante (numero ore, tipologia attività e periodo)
Impiego di caregiver non professionali	
Dati della dimissione	data dimissione
	motivazione dimissione

Per definire e monitorare la situazione complessiva dell'ospite, sono state individuate alcune scale di valutazione fra quelle più note e consolidate ai fini della valutazione multidimensionale, per sondare gli aspetti ritenuti più significativi: comorbidità, quadro funzionale e livello di autonomia, quadro cognitivo e tono dell'umore. Esse sono:

- CIRS, scala di comorbidità, per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- Barthel, ADL, IADL per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- MMSE per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- GDS per misurare il quadro depressivo e monitorare eventuali variazioni nel tono dell'umore.

Le scale di valutazione vengono somministrate nella fase di pre-ingresso, a 6 mesi e nella fase di dimissione. La prima valutazione ha il principale obiettivo di accertare l'idoneità dell'ospite all'inserimento in comunità.

Il monitoraggio consente di valutare anche l'impatto che l'inserimento in Comunità Residenziale ha sul quadro complessivo della persona e sull'evoluzione delle sue condizioni generali.

Il documento "Comunità Residenziali per anziani - Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività", sintetizza obiettivi, strumenti ed item del sistema di rilevazione e verifica in atto, grazie al quale si è evidenziata oggettivamente la buona funzionalità e rispondenza alle aspettative.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Le équipe per la valutazione, in accordo con l'Ente Gestore, sulla base della richiesta pervenuta dall'utente o suo familiare o dall'ente stesso, valutano i bisogni complessivi della persona anziana.

Ai fini della stesura del PAI vengono rilevati e registrati i vari bisogni, oltre a quelli assistenziali, anche:

- necessità di prescrizioni di terapie farmacologiche continuative e/o controlli clinici, anche specialistici (visite di monitoraggio e/o terapie) predisponendo una eventuale pianificazione degli ulteriori controlli del Medico di Medicina Generale in Struttura, con periodicità predefinita;
- attivazione delle procedure per le prestazioni protesiche (ad es. ausili per diabetici) e specialistiche (ad es. visite di monitoraggio e/o terapie).

DIMISSIONI DALLA COMUNITÀ RESIDENZIALE

Qualora si determini un aggravamento stabile delle condizioni generali, segnalato al MMG dalla struttura e/o dai parenti o dallo stesso rilevato, senza possibilità di recupero nel breve periodo, la permanenza dell'utente dovrà essere rivalutata. In caso di aggravamento, per la persona verrà seguito l'iter in uso per gli assistiti a domicilio. La persona può essere inserita nella graduatoria della lista di attesa per l'ingresso in RSA, posizionata in base al grado di compromissione generale.

RAPPORTI CON L'UTENZA

I gestori della Comunità Residenziale debbono dare particolare valore alla relazione con gli ospiti ed i familiari. La Carta dei Servizi è uno strumento importante in cui illustrare la tipologia della struttura, interventi, servizi e prestazioni erogati, modalità di accesso, ammontare della retta, costo delle eventuali prestazioni aggiuntive in relazione a quelle erogate, secondo il progetto individualizzato.

Norme di riferimento: L.R. del 12.03.2008 n. 3
DdG del 15.02.2010 n. 1254
DGR del 25.10.2013 n. 856
DGR del 19.12.2014 n. 2942
L.R. del 14.08.2015 n. 23

I documenti ATS "Comunità Residenziali per Anziani", "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" e "Requisiti organizzativi generali" sono il riferimento tecnico-organizzativo. L'Accordo di Programma è lo strumento che identifica gli enti e sancisce ruoli nell'attuazione e gestione delle Comunità Residenziali.

Brescia, maggio 2016

Il Direttore del Dipartimento PIPSS
f.to Dott.ssa Fausta Podavitte

La Responsabile UO Anziani-Cure Domiciliari
f.to Dr.ssa Raffaella Chiappini

Bibliografia

Residenze low cost per anziani: proposta di un modello – Podavitte F., Scarcella C., Trabucchi M. - Psicogeriatría Supplemento 2011, rivista Italiana Psicogeriatría – Fotolito Immagine

Le Comunità Residenziali. I primi passi della sperimentazione – Scarcella C., Mattana E., Podavitte F. - Sanità Pubblica e Privata n. 6 -2011 – Maggioli Editore

Comunità Residenziali per anziani: un anno di lavoro – Podavitte F., Scarcella C., Trabucchi M.,- I luoghi della cura n.2 2013 - Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatría- CIC Edizioni Internazionali – Litograftodi S.r.l.

Le Comunità Residenziali per persone con demenza lieve – Podavitte F., Scarcella C., Trabucchi M. – Welfare oggi n. 5 – 2013 – Maggioli Editore

Le demenze nell'ASL di Brescia: aspetti critici e dinamiche di progresso – Podavitte F., Scarcella C., Trabucchi M. – Psicogeriatría 1/2015, rivista Associazione Italiana Psicogeriatría – Fotolito Immagine;

La residenzialità per anziani fra tradizione e innovazione - Podavitte F., Scarcella C., Trabucchi M.- Psicogeriatría 3/2015, rivista Associazione Italiana Psicogeriatría –Fotolito Immagine;



COMUNITÀ RESIDENZIALI PER ANZIANI CRITERI E STRUMENTI DI MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA'

PREMESSA

Le Comunità Residenziali, nella rete per anziani non autosufficienti, rispondono al bisogno di una maggiore flessibilità nella modulazione dei livelli di intensità assistenziale, in particolare nell'ambito della residenzialità.

Una delle specificità della Comunità Residenziale è rappresentata da un minor grado di protezione, che favorisce nell'anziano il mantenimento delle abilità funzionali e del tono dell'umore ed una bassa intensità di interventi sanitari (MMG, Cure domiciliari ADI ecc.) che si accompagna ad una maggiore intensità di vita sociale e relazionale.

Nel progetto è stata data particolare attenzione ai criteri di individuazione della tipologia di ospite idoneo a beneficiare delle caratteristiche organizzative della Comunità Residenziale. La delicata linea di demarcazione prognosticata di idoneità all'ingresso in Comunità Residenziale richiede alle équipes per la valutazione multidimensionale, ai MMG e agli operatori del Comune un'attenta valutazione globale e dinamica del livello di compromissione di autonomia dell'anziano, delle possibilità di mantenimento delle abilità funzionali, del quadro emotivo-affettivo-relazionale oltre che cognitivo, anche in relazione ai risultati attesi. Va precisato che la compromissione dell'autonomia nell'ospite deve essere al massimo di grado moderato, a sua tutela, affinché il Servizio risulti una scelta idonea. Il progetto sperimentale di avvio della Comunità Residenziale prevede l'utilizzo di tre strumenti finalizzati ad un'adeguata gestione dell'anziano:

- PROGETTO INDIVIDUALE (PI): contenente tutte le informazioni raccolte a seguito di valutazione multidimensionale, oltre che le motivazioni della scelta della Comunità.
- PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI): finalizzato a dettagliare gli interventi previsti per il raggiungimento degli obiettivi, è redatto a cura del personale della Comunità Residenziale.
- PATTO DI ASSISTENZA: è sottoscritto da ciascun ospite e/o dai familiari e dal Coordinatore della Struttura. Contiene i servizi offerti e gli impegni assunti dai familiari relativamente all'assistenza del congiunto ed al pagamento della retta. Nel patto dovrà essere evidenziato che, in caso di perdita da parte dell'anziano delle caratteristiche di idoneità alla vita in Comunità Residenziale, per variazioni di condizioni di salute, per comparsa di disturbi comportamentali e/o perdita dell'autosufficienza, la struttura, in accordo con l'ospite e i suoi familiari, dovrà attivare la ricerca di una tipologia di servizio (es. RSA) più idonea o predisporre il rientro al domicilio.

Per monitorare la sperimentazione sono state individuate le aree da sondare e gli item da verificare. L'obiettivo è adeguare l'organizzazione del Servizio ai bisogni di un target di ospiti predefinito, prestando attenzione anche alla rimotivazione alla vita, oltre che ad una buona assistenza.

Nella sperimentazione assume pertanto ruolo di rilievo, il monitoraggio della funzionalità complessiva delle nuove strutture, effettuato anche attraverso la rilevazione di dati con strumenti validati e modalità oggettive.

A tal fine sono stati individuati indicatori specifici in grado di rilevare la situazione dell'ospite sia all'ingresso in struttura, sia nel corso della sua permanenza che alla dimissione. E' stato predisposto un apposito applicativo a disposizione delle Comunità Residenziali, che consente la raccolta in modo omogeneo dei dati relativi a tutti gli ospiti, con cadenza e modalità concordate.

Tipologia di ospiti ed indicatori di verifica

I destinatari della Comunità Residenziale sono prioritariamente persone anziane con livelli diversi di autonomia, ma con quadro clinico stabilizzato e bisogni diversificati, di ordine non solo abitativo, ma anche psicologico, relazionale, assistenziale, sanitario e sociale, riconducibili ad un grado massimo di compromissione moderato per mobilità, cognitività/comportamento e comorbilità. Gli ospiti tipo sono persone con un supporto familiare e sociale insufficiente o che, pur avendo una condizione socio familiare stabile, scelgono volontariamente di vivere in Comunità.

Va precisato che non sono ammissibili in Comunità Residenziale le persone totalmente non autosufficienti o con gravi disturbi psico-comportamentali, poiché le caratteristiche strutturali ed assistenziali del servizio non garantiscono livelli di protezione adeguati.

Gli indicatori individuati per il monitoraggio, riassunti nella Tabella A, di seguito descritti, sono relativi al quadro complessivo dell'ospite, ai tempi di permanenza in Comunità Residenziale ed ai servizi di supporto attivati in essa, al personale presente ed all'eventuale impiego di caregiver non professionali. Inoltre, ai fini del monitoraggio, vengono rilevati i dati anagrafici e quelli relativi alla motivazione di ingresso e dimissione.

Tab. A - Indicatori di verifica Comunità Residenziale per Anziani

Dati anagrafici e dati di ingresso	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza all'ingresso
	età
	sex
	contatto familiare
	data ingresso
	motivazione ingresso
Quadro complessivo dell'ospite	abilità funzionali: BARTHEL, ADL, IADL
	comorbilità: CIRS a cura del MMG
	cognitività: MMSE
	quadro depressivo: GDS
Tempi di permanenza e ricorso ad altra tipologia di servizi a supporto	attivazione SAD (ASA/OSS)
	n. interventi di cure domiciliari attivati e livello di intensità
	n. accessi del MMG
	n. chiamate del Medico di Continuità Assistenziale
	n. di accessi al Pronto Soccorso
n. ricoveri ospedalieri	
Personale della Comunità residenziale	n. di operatori suddiviso per fig. professionale e tipologia di contratto rispetto al tempo pieno
Impiego di caregiver non professionali	utilizzo di volontari, familiari, assistenti familiari/badanti (numero ore, tipologia attività e periodo)
Dati della dimissione	data dimissione
	motivazione dimissione

Gli item individuati forniscono informazioni relative a:

- quadro complessivo dell'ospite, al fine di misurare l'adeguatezza dell'inserimento in Comunità Residenziale;
- organizzazione adottata dalla struttura per garantire un contesto adeguato alle caratteristiche degli ospiti;
- quantificazione dell'uso di altri servizi della rete a sostegno dell'ospite in Comunità Residenziale, in fasi di particolare criticità;
- utilizzo di risorse di personale non tradizionale, sia relativamente al volume di tempo dedicato, che alla tipologia di attività garantite.

Quadro complessivo dell'ospite

Per quanto riguarda gli item relativi al quadro dell'ospite, sono state individuate scale di valutazione già in uso ai fini della valutazione multidimensionale di tutte le persone che accedono ai servizi della rete. Esse sono:

- CIRS scala di comorbidità, per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- BARTHEL, ADL e IADL per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- MMSE per valutare le capacità cognitive e quindi la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- GDS per misurare il quadro depressivo e nel tempo monitorare eventuali variazioni nel tono dell'umore.

La cognitività ed il comportamento sono infatti aspetti rilevanti nella vita della persona e possono pesantemente condizionare la permanenza in Comunità Residenziale. Le scale per la valutazione sono da somministrare nella fase che precede l'ingresso, a 6 mesi oppure quando l'ospite manifesta variazioni significative della propria condizione globale ai fini di una eventuale dimissione ed inserimento in struttura più idonea.

La valutazione pre-ingresso ha un duplice obiettivo:

1. appurare l'idoneità dell'utente alla Comunità Residenziale;
2. valutare l'impatto che l'inserimento in Comunità Residenziale ha sul quadro complessivo della persona e sull'evoluzione delle sue condizioni generali.

Motivazioni ingresso e permanenza in Comunità Residenziale

Un altro aspetto degno di attenzione riguarda le motivazioni che inducono all'ingresso e/o alla dimissione dalla Comunità Residenziale. A tale riguardo, nell'applicativo informatico, sono previste le voci sottoelencate relative all'**ammissione** in struttura, anche ai fini della predisposizione del progetto individuale e del PAI:

- assenza dei familiari;
- incapacità/difficoltà dei familiari ad assistere;
- richiesta diretta da parte dell'anziano.

Viene inoltre rilevata la **durata di permanenza** in struttura in quanto rappresenta un ulteriore indicatore qualitativo di questa tipologia di unità d'offerta.

Utilizzo di servizi aggiuntivi

Al fine di valutare l'impatto economico del ricorso contestuale ai servizi aggiuntivi alla Comunità Residenziale per singolo ospite ed il livello di capacità di "presa in carico" della struttura, vengono rilevati:

- l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, relativamente a numero di interventi, livelli di intensità (estemporanea, profili di voucher socio-sanitario, credit) e durata;
- l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (impiego ASA/OSS);
- gli accessi del MMG;
- il ricorso al medico di continuità assistenziale;
- gli accessi al Pronto Soccorso;
- i ricoveri ospedalieri.

Dimissioni

Qualora si determini un aggravamento stabile delle condizioni generali, segnalato al MMG dalla struttura e/o dai parenti o dallo stesso rilevato, senza possibilità di recupero nel breve periodo, la permanenza dell'utente dovrà essere rivalutata dalle *équipe per la valutazione* multidimensionale e del MMG, coinvolgendo il Servizio Sociale del Comune. In caso di perdita

dei requisiti di permanenza in Comunità Residenziale, dovrà essere attivato l'iter in uso per gli assistiti a domicilio. Là dove in funzione, la persona può essere inserita nella lista unica di accesso alle RSA. Qualora la persona lo desideri e le condizioni abitative e familiari, oltre che di autonomia personale, lo permettano, può essere dimessa verso il domicilio. Nell'applicativo informatico vengono registrate, relativamente alle **dimissioni**, le seguenti tre voci:

- rientro al domicilio;
- inserimento in RSA;
- decesso.

Per i campi relativi ad ingresso e dimissioni è stata prevista la voce "altro".

Personale della struttura

Le Comunità Residenziali sono dotate di personale 24 ore su 24 addetto all'assistenza ed al coordinamento. La rilevazione delle ore settimanali per figura professionale connota e quantifica il sostegno necessario ai bisogni manifestati dagli ospiti inseriti in struttura. Nell'applicativo informatico vengono registrate in modo anonimo, ciascuna delle figure professionali presenti in struttura, comprensive delle ore settimanali. Nell'applicativo viene registrata anche la data di assunzione e cessazione di ciascuna figura professionale determinante il turnover.

Impiego di caregiver non professionali

Nella Comunità Residenziale è previsto anche il coinvolgimento attivo di "figure non professionali" e forme di lavoro non strutturate. Per integrare l'assistenza (es. per aiuto temporaneo somministrazione pasti, igiene, uscita, ecc.) ci si può avvalere sia di volontari, sia di familiari che di badanti che dichiarino la propria disponibilità.

Pertanto nell'applicativo informatico vengono rilevate le attività sottoelencate svolte dai caregiver non professionali:

- tipologia dell'intervento: trasporto, animazione, aiuto nelle ADL;
- tempo dedicato per singola attività;
- periodo nel quale viene garantito/erogato l'intervento.

Il Direttore Dipartimento PIPSS
f.to Dott.ssa Fausta Podavitte

La Responsabile UO Anziani Cure Domiciliari
f.to Dr.ssa Raffaella Chiappini

Il Ref.te Gestione Banche Dati
Dipartimento PIPSS
f.to A.S. Michele Bortignon

Brescia, maggio 2016



LE COMUNITÀ RESIDENZIALI PER ANZIANI REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

REQUISITI STRUTTURALI

A garanzia della sicurezza degli utenti e degli operatori e nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, devono sempre essere garantiti:

- il rispetto dei criteri di agibilità previsti dai vigenti regolamenti di igiene ed edilizio;
- il rispetto della normativa in materia di superamento/eliminazione delle barriere architettoniche;
- il rispetto della normativa in materia di prevenzione incendi;
- il rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro (Dl.vo 81/80);
- il rispetto della normativa in materia di sicurezza impiantistica.

La struttura deve possedere i seguenti ulteriori requisiti strutturali:

- locale soggiorno/pranzo di dimensioni adeguate al numero di utenti;
- locale cucina/sporzionamento;
- camere singole o doppie;
- servizi igienici (almeno 1 ogni due camere) attrezzati per la non autosufficienza.

REQUISITI GESTIONALI

Sulla base del Progetto Individuale, il soggetto erogatore definisce, in accordo con l'ospite ed il familiare/caregiver il Piano di Assistenza Individuale (PAI) che dovrà essere conservato presso la struttura erogatrice ai fini dei controlli di competenza di ATS.

Devono inoltre essere garantiti i seguenti requisiti:

- presenza di carta dei servizi in cui siano definiti i criteri di accesso, le modalità di erogazione dei servizi e i loro costi;
- documentazione riferita ad ogni singolo utente comprensiva dei servizi/prestazioni/attività effettuati a cura degli operatori della struttura, compilata, conservata ed archiviata presso la struttura;
- adozione della seguenti procedure (se è prevista la somministrazione di farmaci):
 - a. procedura per la gestione dei farmaci idonea a garantire l'eliminazione dei farmaci scaduti e a documentare la regolare effettuazione dei controlli da parte del personale preposto;
 - b. procedura di somministrazione dei farmaci idonea a garantirne la tracciabilità;

Deve essere garantita la custodia dei farmaci nella stanza di ciascun ospite, utilizzando uno scomparto chiuso all'interno del proprio armadio personale o in un luogo adatto deciso dal coordinatore della Comunità.

Per il raggiungimento dello standard assistenziale deve essere garantita la presenza almeno delle seguenti figure professionali:

- educatore, assistente sociale, psicologo con funzioni di coordinamento;
- ASA/OSS per 24 ore 7 giorni su 7;
- infermiere (per n. ore settimanali rapportate al bisogno).

È indispensabile la presenza di un operatore con funzioni di coordinamento e organizzazione della struttura, con qualifica preferenziale di educatore, assistente sociale, psicologo, considerata la tipologia degli ospiti ed in particolare la rilevanza della vita comunitaria.

Il Coordinatore della Struttura ha il compito di:

- individuare un care manager per ogni ospite;
- favorire e verificare il buon andamento delle attività del personale di varia tipologia con compiti assistenziali, dei caregiver non professionali, di quello esterno presente con accessi occasionali (es. MMG, personale ADI se attivata, ecc.), di quello erogante attività di supporto (es. pulizie, lavanderia ecc.);
- garantire l'accoglienza, il coinvolgimento dei parenti e la creazione di un clima "familiare".
- farsi carico della condivisione e sottoscrizione del patto di assistenza, monitorando la realizzazione del Progetto Individualizzato e del Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- garantire la conservazione anche ai fini della tutela della privacy, del Progetto e del Piano di Assistenza Individuale che devono essere conservati nella cartella di ciascun ospite che vive in comunità.

La sottoscrizione di una delega da parte della persona ospite nei confronti del personale della Struttura per la gestione dei bisogni socio-sanitari urgenti e non differibili, condivisa anche dai familiari, che saranno comunque sempre informati, è una prassi per snellire le procedure in caso di emergenze.

SERVIZI OFFERTI

I servizi che la Comunità deve fornire sono:

- servizi di carattere alberghiero (compresi servizi di lavanderia e stireria degli effetti personali degli ospiti);
- attività di vita comunitaria rispettose della libertà individuale, iniziative di coinvolgimento amicale e familiare (possibilità di invito a pranzo, di feste con parenti, ecc..) con possibilità di uscite sia di gruppo che autonoma;
- servizio mensa, cucina con possibilità dell'ospite di partecipare alla elaborazione di cibi;
- servizio di assistenza alla persona (aiuto, igiene personale compreso bagno assistito, ecc..).

Agli ospiti vengono garantiti inoltre, in caso di necessità, i servizi sanitari (MCA, 112 ecc..) e quelli socio-sanitari attivabili attraverso l'équipe di valutazione multidimensionale (es. ADI) erogati dall'ente erogatore scelto dall'ospite e/o dai suoi familiari.

Viene mantenuta l'assegnazione al proprio medico di medicina generale e restano a carico del Fondo sanitario l'erogazione di ausili, presidi e farmaci.

Il MMG può accedere alla Comunità Residenziale, in ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) per il monitoraggio dei propri assistiti.

STRUMENTI PER LA GESTIONE ASSISTENZIALE

Gli strumenti proponibili sono:

- Progetto Individuale (PI) contenente: le informazioni raccolte a seguito di valutazione multidimensionale dall'équipe preposta alla valutazione, assistente sociale comunale, MMG, le motivazioni della scelta della Comunità Residenziale e gli interventi realizzabili;
- Piano di Assistenza Individuale (PAI): finalizzato a dettagliare gli interventi previsti per il raggiungimento degli obiettivi, è redatto a cura del personale della Comunità Residenziale;
- Patto di Assistenza: è sottoscritto da ciascun ospite e/o dai familiari e dal Coordinatore della Struttura. Contiene i servizi offerti e gli impegni assunti dai familiari relativamente all'assistenza del congiunto ed al relativo pagamento.

ITER AVVIO UNITA' D'OFFERTA SPERIMENTALI

Richiesta consulenza per avvio Comunità Residenziale

L'ente gestore che intende avviare una nuova Comunità Residenziale, deve chiedere un incontro con la Direzione Sociosanitaria/Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, con finalità informative e consulenziali, considerata la valenza strategica della sperimentazione nella gestione domanda/offerta.

Verificate le condizioni favorevoli all'avvio della nuova unità d'offerta, viene garantito un sopralluogo preliminare nella struttura da parte di ATS.

COMUNICAZIONE PREVENTIVA DI ESERCIZIO E ATTIVITÀ DI VIGILANZA

L'ente gestore, nella figura del legale rappresentante, deve presentare ai sensi dell'art. 15 comma 1 della LR n.3/2008, una comunicazione preventiva di esercizio (CPE), sotto forma di autocertificazione presso gli uffici comunali ove ha sede la struttura e per conoscenza all'ATS (Direzione Sociosanitaria/Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle sociali).

Presentata dal legale rappresentante dell'Ente Gestore la CPE deve contenere:

- denominazione e capacità recettiva della Comunità;
- ubicazione;
- titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede la Comunità e che sia compatibile con la destinazione d'uso dello stesso, come da accordo di programma;
- data inizio attività.

Alla CPE vanno allegate le certificazioni inerenti il possesso dei requisiti soggettivi del legale rappresentante e la dichiarazione con cui il gestore attesti il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali e nazionali.

Il Comune, al ricevimento della CPE, verifica la completezza della comunicazione e della documentazione sopra citata e richiede all'ATS la visita di vigilanza che deve essere effettuata entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

Entro 75 giorni l'ATS comunica a Comune e Ente gestore l'esito delle verifiche.

La decorrenza dell'esercizio, coincide con la data di registrazione del protocollo o con la data indicata dal Gestore nella domanda e successivamente dall'adozione della delibera comunale.

Ai sensi della DDG 1254/2010, si precisa inoltre che l'attivazione della Comunità Residenziale, in quanto sperimentazione, dovrà essere approvata con delibera del Comune di ubicazione della Comunità Residenziale.

In tale provvedimento il Comune esprime parere favorevole alla sperimentazione in quanto in linea con la programmazione locale, nella quale dovranno essere esplicitate:

- le caratteristiche tecniche ed organizzative del servizio e le prestazioni erogate;
- le tempistiche previste per la sperimentazione;
- gli eventuali obblighi assunti dal Comune.

MODELLO DI COMUNICAZIONE PREVENTIVA DI ESERCIZIO

COMUNICAZIONE PREVENTIVA PER L'ESERCIZIO DELLE STRUTTURE RELATIVE ALLE UNITA' D'OFFERTA DELLA RETE SOCIALE E DELLE SPERIMENTAZIONI DI CUI ALL'ART. 4 COMMA 2 DELLA LEGGE REGIONALE n.3/2008.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

In qualità di legale rappresentante della (società/cooperativa, associazione, ecc.)

Sede legale a _____ in
via _____ n. _____

Telefono _____ e mail _____

P.IVA _____

CF _____

COMUNICA

L'apertura dell'unità d'offerta sperimentale dell'area sociale denominata

TEL. _____ FAX _____

e-mail _____

Sita nel Comune di _____ in via
_____ n. _____

ed adibita a COMUNITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI

DICHIARA

- che l'Unità d'Offerta è idonea ad accogliere un numero di _____ utenti
- che l'inizio dell'attività decorrerà dal _____
- di essere in possesso di:
 - Certificato di iscrizione all'Albo delle imprese della Camera di Commercio oppure autocertificazione;
 - Certificato di iscrizione al registro delle persone giuridiche di diritto privato;
 - Certificato di iscrizione all'albo delle Cooperative presso la prefettura (autocertificazione);
 - Certificato di iscrizione ai registri.

ALLEGA

- Certificato penale del legale rappresentante
- Certificato carichi pendenti del legale rappresentante
- Certificato antimafia in base alla legge n.55/90 art.7
- Fotocopia carta identità legale rappresentante
- Autodichiarazione sul possesso degli standard previsti e sul rispetto dei requisiti della normativa nazionale e regionale vigente.

In fede

Luogo e data

Firma e timbro

MODELLO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art.47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

In via _____

Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

In qualità di legale rappresentante della (società/cooperativa, associazione ecc.)

Sede legale a _____ in via _____

n. _____ telefono _____

e-mail _____ P.IVA _____

CF _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

che l'unità d'offerta sociale denominata _____
tel _____ FAX _____ e-mail _____ sita nel
Comune di _____ via _____ n.
_____ ed adibita a **COMUNITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI**

E' IN POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI MINIMI STRUTTURALI/TECNOLOGICI/ORGANIZZATIVI PREVISTI PER LA TIPOLOGIA DI UNITA D'OFFERTA NONCHE' DEI REQUISITI PREVISTI DALLA NORMATIVA NAZIONALE PER LE MATERIE DI COMPETENZA STATALE E DEI REQUISITI DI IGIENE E SICUREZZA STABILITI DA NORME REGIONALI.


DICHIARA ALTRESI'

che tutta la documentazione e le certificazioni a comprova di quanto sopra dichiarato sono presenti nella sede dell'unità d'offerta sociale in apposito faldone a disposizione per il controllo.

In fede

Luogo e data

Firma e timbro

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Brescia</p>	<p>ATS DI BRESCIA</p> <p>COMMISSIONE DI VIGILANZA Modello Verbale di visita ispettiva n. .../.... Comunità Residenziali per Anziani</p>
<p>..../...../.....</p>	

Definizione: è una struttura sperimentale da Progetto ATS - Comunità Residenziali per Anziani rivolta ad anziani con grado di compromissione dell'autonomia da lieve a moderato.

In data alle ore i sottoscritti

si sono recati presso la Comunità Residenziale per Anziani

Sono presenti per l'Ente:

.....

La visita è stata effettuata per verifica requisiti previsti dalla sperimentazione a seguito di:

Presentazione CPE al Comune.....e successiva richiesta di Vigilanza all'ATS in dataprot.....

Segnalazione

La visita è stata effettuata per:

Vigilanza routinaria

DENOMINAZIONE ENTE GESTORE

Gestore:

Via Comune:

Telefono: Fax:

@mail.....

Codice fiscale

DENOMINAZIONE STRUTTURA

Struttura:

Via Comune

Telefono: Fax:

Responsabile :

@mail.....

DESTINATARI

Anziani con un grado di compromissione dell'autonomia da lieve a moderato, che possono vivere in un ambiente di vita comunitaria, che garantisce protezione e supporto attraverso interventi assistenziali.

CAPACITA' RICETTIVA

- Posti n. _____
- N. utenti presenti al momento del sopralluogo
(acquisire elenco)
- Retta applicata Euro
- Euro

REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

- Carta dei Servizi in cui siano illustrati:
 - le modalità di accesso
 - i servizi/prestazioni erogati
 - le tipologie delle camere
 - gli interventi offerti
 - la retta
- procedura di gestione farmaci
- fascicolo personale completa di PAI

Personale (acquisire elenco)

- Coordinatore (preferibilmente educatore/assistente sociale/psicologo)
- ASA/OSS per 24 ore 7 giorni su 7
- Infermiere
- Altro personale (precisare qualifiche)

Attività svolta:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Requisiti generali della struttura

- La struttura è priva di barriere architettoniche
- La struttura è in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici previsti dalle normative (v. check list)
- Ambienti comuni per soggiorno/socializzazione/attività animative N
- Lavanderia

- N. camere a 1 letto
- N. camere a 2 letto
- N. bagni (accessibili ai disabili)
- cucina

Presenza di dispositivi per chiamate di emergenza
 Sì No

Note:.....

Presenza porte-vetro e pareti vetrate antinfortunistiche (D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.)

NOTE eventuali.....

CONCLUSIONI

- La struttura **è in possesso** dei requisiti previsti dalla sperimentazione per n..... camere pari a capacità ricettiva di n. anziani
- La struttura è in possesso delle certificazioni attestanti i requisiti abitativi previsti dalle norme vigenti per la civile abitazione nonché alle norme di sicurezza
- La struttura **non è in possesso** dei seguenti requisiti:

.....

NOTE

.....

In sede di sopralluogo viene acquisita la seguente documentazione:

.....

La commissione si riserva ulteriori approfondimenti in merito alla documentazione acquisita/verificata in sede di sopralluogo, sull'esito dei quali ed a conclusione dell'iter procedurale, verrà inviata comunicazione integrativa all'Ente Gestore.

Osservazioni da parte dell'Ente gestore:

.....

- Il presente verbale, composto da n. pagine viene redatto in unico originale, la cui riproduzione fotostatica resta agli atti della struttura.
- Il presente verbale, composto da n. pagine viene redatto in duplice copia, una delle quali resta agli atti della struttura.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il verbale si chiude alle ore.....

Luogodata.....

Per l'ATS di Brescia

QUALIFICA	COGNOME NOME	FIRMA

Per l'Ente Gestore

QUALIFICA	COGNOME NOME	FIRMA