

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

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

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 101

del 22/02/2018

Cl.: 1.1.02

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

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

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.

Dr. Fabrizio Speziani

Dott.ssa Lara Corini



IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che con proprio Decreto n. 260 del 23.06.2016 è stato approvato lo schema di "Accordo di Programma per l'attivazione di Comunità Residenziali per Anziani, Unità d'offerta sperimentale della rete sociale nel territorio dell'ATS di Brescia" con i relativi allegati, quali il Progetto "Comunità Residenziali per Anziani – 5° edizione maggio 2016" e i documenti "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" e "Requisiti organizzativi generali";

Vista la Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità), così come modificata dalla L.R. 11 agosto 2015, n. 23 ad oggetto "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30.12.2009, n. 33";

Richiamata la D.G.R. n. X/7776 del 17.01.2018 ad oggetto "Istituzione unità d'offerta del sistema sociale Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.) – definizione requisiti minimi di esercizio", con la quale Regione Lombardia autorizza la prosecuzione delle sperimentazioni in essere, rivolte ad anziani fragili, avviate ed autorizzate sulla base di specifici accordi di programma sottoscritti tra ATS, Enti Gestori, Comuni e Ambiti, in deroga ai requisiti di cui all'allegato A della stessa D.G.R. ed in attesa di una valutazione più approfondita del programmatore regionale, prevedendo, inoltre, la formalizzazione di eventuali ulteriori accordi non ancora sottoscritti entro il termine di quattro mesi dalla pubblicazione sul BURL della citata D.G.R.;

Ritenuto opportuno, alla luce delle disposizioni normative intervenute in materia, procedere all'aggiornamento dello schema di "Accordo di Programma per l'attivazione di Comunità Residenziali per Anziani – Unità d'offerta sperimentale rete sociale" (allegato "A" composto da n. 7 pagine) e del Progetto ATS "Comunità Residenziali per Anziani" comprensivo dei documenti "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" e "Requisiti organizzativi generali" (allegato B composto da n. 13 pagine), approvando i citati documenti quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, in sostituzione di quelli di cui al suddetto Decreto D.G. n. 260/2016;

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

Vista la proposta del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato, che attesta altresì, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che il parere di competenza del Direttore Sociosanitario è assorbito nella funzione esercitata dal medesimo in qualità di proponente;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani, 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 approvare, per le motivazioni in premessa richiamate, il nuovo schema di "Accordo di Programma per l'attivazione di Comunità Residenziali per Anziani – Unità d'offerta sperimentale rete sociale" (allegato "A" composto da n. 7 pagine) ed il nuovo Progetto ATS "Comunità Residenziali per Anziani" comprensivo dei documenti "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" e "Requisiti organizzativi generali" (allegato B composto da n. 13 pagine), quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, in sostituzione di quelli già approvati con proprio Decreto n. 260/2016;
- b) di trasmettere copia del presente provvedimento, a cura della Direzione Sociosanitaria, alla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale di Regione Lombardia;



- c) di pubblicare il nuovo schema di Accordo di Programma ed il nuovo Progetto "Comunità Residenziali per Anziani" sul sito istituzionale dell'ATS di Brescia;
- d) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri a carico dell'Agenzia;
- e) 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;
- f) di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, 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



**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 P.I. _____
nella persona del suo legale rappresentante e Sindaco
_____ domiciliato per la carica in _____
via _____

il Presidente **dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale n.**
_____ nella persona del sig. _____, domiciliato per la carica in
_____, via/Piazza _____, n. ____;

(ove già individuato) **l'Ente Gestore** _____,
con sede legale a _____ in via
_____ cod. fisc.
_____ e PI _____, nella persona del legale
rappresentante sig. _____

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 delle sue successive modifiche in ordine all'argomento;
- della DGR 7776/2018 ad oggetto "Istituzione unità d'offerta del sistema sociale "Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)" - definizione requisiti minimi di esercizio";

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 e dei Comuni;
- *(per le CRA già avviate)*
le Comunità Residenziali per Anziani già avviate possono proseguire le attività in essere mantenendo la forma sperimentale, non rientrando nelle unità d'offerta della rete assistenziale, in attesa di una valutazione più approfondita del programmatore regionale in relazione alla loro possibile stabilizzazione nel sistema d'offerta regionale sociale o sociosanitario;
- *(per le CRA di nuova attivazione)*
nuove Comunità Residenziali per Anziani possono essere attivate nell'ambito delle sperimentazioni, non rientrando nelle unità d'offerta della rete assistenziale, in attesa di una valutazione più approfondita del programmatore regionale in relazione alla loro possibile stabilizzazione nel sistema d'offerta regionale sociale o sociosanitario, fermo restando la necessità che eventuali accordi non ancora sottoscritti siano formalizzati entro quattro mesi dalla di pubblicazione sul BURL della DGR n. X7776 del 17.01.2018;

- l'ATS di Brescia, il Comune di _____, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale n. _____ e l'Ente Gestore (ove già individuato) _____, 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
(Premesse)**

Le premesse costituiscono parte integrante formale e sostanziale del presente Accordo.

**Art. 2
(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. 3
(Soggetti sottoscrittori)**

I soggetti sottoscrittori dell'Accordo per l'attuazione della sperimentazione sono:

l'ATS di Brescia, il Comune di _____, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale n. _____ e l'Ente Gestore (ove già individuato) _____.

**Art. 4
(Ambito Territoriale)**

L'ambito territoriale di riferimento è il Distretto di Programmazione ATS n. _____

**Art. 5
(Modalità di attuazione)**

Il Progetto "Comunità Residenziali per Anziani" ideato dall'ASL di Brescia nel 2010 ed aggiornato da parte di ATS, è il riferimento tecnico per l'avvio e la gestione della Comunità Residenziale per Anziani.

**Art. 6
(Adempimenti e compiti dei soggetti sottoscrittori)**

Gli Enti firmatari concorrono a:

- collaborare alla realizzazione delle finalità previste dall'articolo 2 del presente

- Accordo, declinate 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 e 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/prosecuzione della Comunità Residenziale per Anziani ed all'attuazione della sperimentazione sul proprio territorio;
- (*ove Ente Gestore non individuato*) individua l'Ente al quale affidare la gestione della Comunità Residenziale per Anziani, comunicandolo ad ATS;
- richiede ad ATS la visita di vigilanza, sulla base della Comunicazione Preventiva di Esercizio presentata dall'Ente Gestore che intende avviare l'attività;
- sovrintende sul buon funzionamento del servizio.

L'ATS di Brescia:

- aggiorna, se necessario, il Progetto "Comunità Residenziali per Anziani", quale strumento di attuazione delle finalità indicate all'art. 2;
- garantisce consulenza e supporto nella fase di avvio della Comunità Residenziale, anche attuando un sopralluogo preliminare nella sede individuata;
- fornisce all'Ente Gestore gli strumenti e le indicazioni utili per l'attività di monitoraggio, che si realizza attraverso la raccolta trimestrale dei dati relativi agli ospiti. L'ATS si impegna a restituire annualmente, a tutti i sottoscrittori, una sintesi aggregata e complessiva dei dati ricevuti trimestralmente;
- monitora il rispetto, da parte dell'Ente Gestore, delle corrette procedure previste per l'inserimento dell'ospite in Comunità, così come da Progetto "Comunità Residenziali per Anziani" (valutazione pre-ingresso, a sei mesi ed alla dimissione; definizione del livello di compromissione tra lieve e moderato; predisposizione del PAI; dimissione pianificata in caso di aggravamento, ecc.)
- si impegna a pubblicizzare l'elenco delle Comunità Residenziali per Anziani attive nel territorio dell'ATS di Brescia, attraverso i consueti canali istituzionali di comunicazione;
- effettua la visita di vigilanza richiesta dal Comune di ubicazione e quelle successive di verifica.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale n.

- si impegna a sviluppare i processi informativi finalizzati alla conoscenza di tale servizio su tutto il territorio di riferimento;

- collabora a garantire la qualità dei servizi e l'omogeneità di comportamenti fra i vari interlocutori;

(Ente Gestore già individuato) **L'Ente Gestore** _____

(Ente Gestore da individuare) **L'Ente Gestore** che verrà individuato dal Comune di ubicazione della struttura:

- presenta comunicazione preventiva di esercizio al Comune di ubicazione della Comunità Residenziale, successivamente alla sottoscrizione del presente Accordo;
- predispone ed adotta una carta dei servizi;
- rispetta e garantisce il mantenimento dei requisiti previsti nel documento "Requisiti Organizzativi Generali", allegato al Progetto "Comunità Residenziali per Anziani";
- garantisce il rispetto di quanto specificato nel Progetto "Comunità Residenziali per Anziani", coerentemente con le finalità indicate all'art. 2 del presente Accordo, in particolare garantendo le valutazioni pre-ingresso, a sei mesi dall'inserimento e qualora si evidenzino un aggravamento delle condizioni di salute, attraverso gli strumenti di valutazione previsti dal Progetto "Comunità Residenziali per Anziani" e tramite la collaborazione dei servizi territoriali (es: MMG, Servizio Sociale del Comune);
- collabora, nel caso di aggravamento delle condizioni di salute che rendano inidonea la permanenza in comunità, con i Servizi territoriali nella ricerca delle soluzioni più opportune, attivando i canali preposti per la dimissione protetta;
- si impegna a trasmettere trimestralmente ad ATS il monitoraggio dei dati relativi a ospiti, attività, organizzazione, servizi aggiuntivi e personale, attraverso l'applicativo predisposto da ATS, nel rispetto di quanto stabilito dal decreto legislativo n. 196/2003;
- si impegna a comunicare ad ATS eventuali variazioni sopravvenute nella gestione della Comunità Residenziale avviata con la sottoscrizione del presente Accordo;
- autocertifica la disponibilità all'utilizzo dell'immobile, sede della Comunità Residenziale, per le finalità citate all'art. 2 del presente Accordo, per la durata di _____/per tutto il periodo di attività.

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.

Art. 8

(Sede del Servizio e Capacità Ricettiva)

La Comunità Residenziale " _____ " ha sede/avrà sede presso il Comune di _____, in via _____ e ha/avrà una capacità di n. _____ posti letto.

Art. 9
(Durata dell'Accordo)

La durata dell'Accordo è di 5 anni dalla data di sottoscrizione. Trascorso tale termine le parti valuteranno la possibilità di eventuali proroghe o rinnovi.

Art. 10
(Modalità di Recesso dall'Accordo)

Le parti hanno facoltà di recedere unilateralmente dal presente Accordo nel caso di inottemperanze agli impegni previsti dagli articoli del presente Accordo di Programma, ovvero venga disatteso l'articolo 2 - "Finalità e Oggetto dell'Accordo".

Il recesso deve essere esercitato mediante comunicazione scritta, con preavviso di sei mesi dalla data di ricevimento della raccomandata A/R o della PEC.

Per tutte le questioni relative alla interpretazione ed esecuzione del presente Accordo, sarà competente in via esclusiva il Foro di Brescia.

Art. 11
(Trattamento dei dati personali)

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, l'ATS e l'Ente _____ (ove individuato) sono titolari del trattamento dei dati personali relativi a terzi trattati in esecuzione del presente Accordo di Programma. Nel trattamento dei dati, compresi quelli relativi ai contraenti, le parti si impegnano ad ottemperare agli obblighi previsti dal D. Lgs. n. 196/2003 e a tutte le altre disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Art. 12
(Spese di stipula accordo)

Il presente Accordo è esente da imposta di bollo in modo assoluto, ai sensi del DPR 642/1972 – art. 27 bis allegato B. Il presente Accordo viene registrato solo in caso d'uso.

Letto, confermato e sottoscritto digitalmente

_____ li _____

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

PER IL COMUNE DI _____
IL SINDACO _____

PER L'ASSEMBLEA DEI SINDACI DELL'AMBITO DISTRETTUALE n. _____
IL PRESIDENTE

PER L'ENTE GESTORE (*ove già individuato*) _____
IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Sistema Socio Sanitario

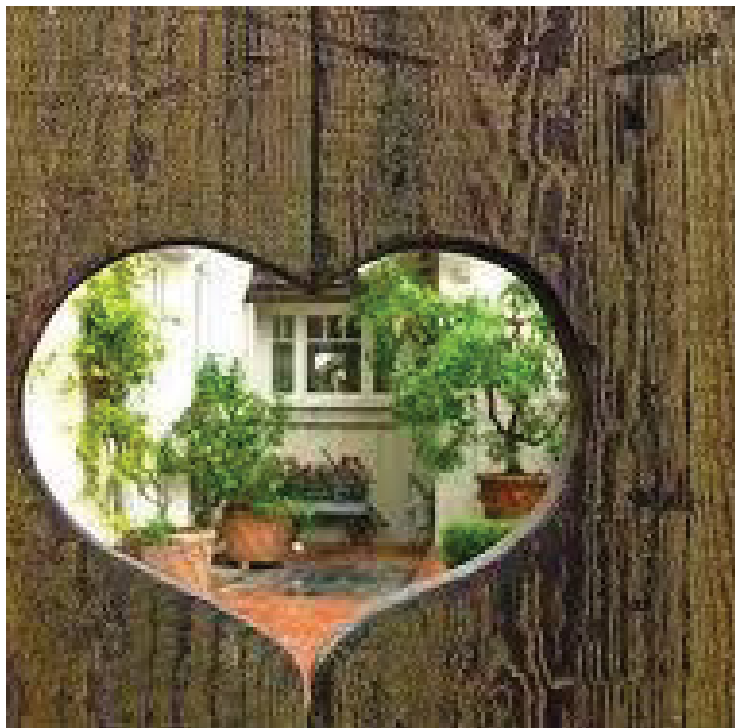


Regione
Lombardia

ATS Brescia

PROGETTO ATS

COMUNITÀ RESIDENZIALI PER ANZIANI



6° Edizione Gennaio 2018

INDICE

Sommario

PRESENTAZIONE.....	3
LE COMUNITÀ RESIDENZIALI PER ANZIANI	4
Caratteristiche e collocazione nella rete	4
Capacità ricettiva e retta	4
Tipologia di ospiti	5
Valutazione multidimensionale e Piano di Assistenza Individualizzato	5
Monitoraggio dell'attività	5
Dimissioni dalla Comunità Residenziale.....	6
Rapporti con l'utenza	6

PRESENTAZIONE

L'ATS di Brescia, nel suo ruolo di programmazione e coordinamento, è regista del Progetto di residenzialità leggera, ideato dall'ex ASL di Brescia nel 2010 e ne promuove il suo sviluppo.

Questa unità di offerta si è dimostrata negli anni 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.

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 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.

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 possibile 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 che identifica gli enti e sancisce ruoli nell'attuazione e gestione delle Comunità Residenziali.

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 garantita dall'Ente Gestore attraverso gli strumenti previsti (CIRS, MMSE, Barthel, GDS) ed in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG, è il presupposto per l'accesso alla Comunità Residenziale e la costruzione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) poiché esprime in modo sintetico la rispondenza del servizio ai bisogni della persona definendone l'idoneità;
- 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 evidenzino 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

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.

Valutazione multidimensionale e Piano di Assistenza Individualizzato

La valutazione multidimensionale garantita dall'ente gestore in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG, rappresenta lo strumento attraverso il quale valutare i bisogni complessivi della persona anziana.

Per monitorare la situazione complessiva dell'ospite, sono state individuate alcune scale di valutazione fra quelle più note e consolidate che sondano gli aspetti ritenuti maggiormente significativi: comorbidità, quadro funzionale e livello di autonomia, quadro cognitivo e tono dell'umore.

Gli strumenti di valutazioni possono essere somministrati anche singolarmente qualora sia necessario evidenziare un aggravamento della condizioni di salute dell'ospite e riformulare il Piano Assistenziale Individualizzato.

La valutazione multidimensionale "completa" prevede l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- Barthel Activities Daily Living (ADL) oppure Barthel Instrumental Activities Daily Living (IADL), per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- Mini Mental State Examination (MMSE) nella versione a 15 items, per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- Geriatric Depression Scale (GDS), per misurare il quadro depressivo e monitorare eventuali variazioni nel tono dell'umore.

È necessario svolgere una valutazione multidimensionale "completa" attraverso la somministrazione delle scale sopracitate al momento dell'ingresso in struttura e dopo 6 mesi dall'inserimento (monitoraggio) per accertare l'idoneità dell'ospite in modo da poter valutare se i bisogni della persona trovino rispondenza nelle caratteristiche della struttura.

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).

Monitoraggio dell'attività

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

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

Dati anagrafici e dati di ingresso	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza all'ingresso
	età
	sexo
	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 familiare/badante (numero ore, tipologia attività e periodo)
Dati della dimissione	data dimissione
	motivazione dimissione

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.

Dimissioni dalla Comunità Residenziale

Qualora si determini un aggravamento delle condizioni generali su segnalazione del MMG, della struttura, dei parenti o su richiesta dello stesso ospite, senza possibilità di recupero nel breve periodo, l'utente dovrà essere rivalutato dall'ente gestore in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG, attraverso gli strumenti di valutazione sopraccitati e attivando i canali preposti per la dimissione protetta, se non idoneo alla permanenza in struttura.

Qualora la persona lo desideri e le condizioni abitative e familiari, oltre che di autonomia personale, lo permettano, può essere dimessa verso il domicilio.

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.

I documenti "Criteri e strumenti di monitoraggio dell'attività" (allegato 1) e "Requisiti organizzativi generali" (allegato 2) sono il riferimento tecnico-organizzativo del presente progetto.

Brescia, Gennaio 2018



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 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. La scelta di utilizzare scale di valutazione dell'area sanitaria manifesta una precisa indicazione: qualora il risultato della valutazione faccia emergere problematiche importanti di tipo sanitario, risulta evidente l'incompatibilità del soggetto come ospite della struttura. Il progetto sperimentale 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 collaborare con i Servizi territoriali nella ricerca delle soluzioni più opportune, attivando i canali preposti per la dimissione protetta.

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 da ATS 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 monitoraggio

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, cognitiv /comportamento e comorbilit . 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 Comunit .

Va precisato che non sono ammissibili in Comunit  Residenziale le persone totalmente non autosufficienti o con gravi disturbi psico-comportamentali, poich  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 Comunit  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

Dati anagrafici e dati di ingresso	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza all'ingresso
	et�
	sesso
	contatto familiare
	data ingresso
Quadro complessivo dell'ospite	motivazione ingresso
	abilit� funzionali: BARTHEL (ADL), BARTHEL (IADL)
	comorbilit�: CIRS a cura del MMG
	cognitivit�: 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 intensit�
	n. accessi del MMG
	n. chiamate del Medico di Continuit� Assistenziale
Personale della Comunit� residenziale	n. di accessi al Pronto Soccorso
	n. ricoveri ospedalieri
Impiego di caregiver non professionali	n. di operatori suddiviso per fig. professionale e tipologia di contratto rispetto al tempo pieno utilizzo di volontari, familiari, assistenti familiari/badanti (numero ore, tipologia attivit� 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 Comunit  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:

- Barthel Activities Daily Living (ADL) oppure Barthel Instrumental Activities Daily Living (IADL), per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- Mini Mental State Examination (MMSE) nella versione a 15 items, per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- Geriatric Depression Scale (GDS), per misurare il quadro depressivo e 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.

È necessario svolgere una valutazione multidimensionale "completa" al momento dell'ingresso in struttura e dopo 6 mesi dall'inserimento (monitoraggio) per accertare l'idoneità dell'ospite in modo da poter valutare se i bisogni della persona trovino rispondenza nelle caratteristiche della struttura.

Gli strumenti di valutazioni possono essere somministrati anche singolarmente qualora sia necessario evidenziare un aggravamento della condizioni di salute dell'ospite per riformulare il Piano Assistenziale Individualizzato oppure per orientarsi verso la dimissione protetta attivando i Servizi territoriali nella ricerca delle soluzioni più opportune, con il coinvolgimento dei familiari.

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 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 delle condizioni generali su segnalazione del MMG, della struttura, dei parenti o su richiesta dello stesso ospite, senza possibilità di recupero nel breve periodo, l'utente dovrà essere rivalutato dall'ente gestore in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG, attraverso gli strumenti di valutazione sopraccitati e attivando i canali preposti per la dimissione protetta, qualora inidoneo alla permanenza in struttura.

Qualora la persona lo desideri e le condizioni abitative e familiari, oltre che di autonomia personale, lo permettano, può essere dimessa verso il domicilio.

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.

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.

Brescia, Gennaio 2018



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 delle 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 o assistente sociale o psicologo con funzioni di coordinamento;
- ASA/OSS per 24 ore 7 giorni su 7.

Può essere prevista la presenza di un infermiere per numero 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 autonome;
- 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 le procedure previste dalle normative specifiche 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, 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

1. Richiesta consulenza per avvio Comunità Residenziale

Il Comune e/o l'ente gestore che intende avviare una nuova Comunità Residenziale, deve chiedere un incontro con l'ATS di Brescia, con finalità informative e consulenziali, considerata la valenza strategica della sperimentazione nella gestione domanda/offerta.

Qualora sia un Ente Gestore che presenta richiesta di consulenza, sarà ATS ad attivare il Comune e l'Ufficio di Piano interessato per una verifica congiunta della fattibilità del progetto.

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

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

2. Sottoscrizione Accordo di Programma e suo recepimento

ATS predispose l'Accordo di Programma e segue l'iter procedurale per l'acquisizione delle firme da parte di tutti i sottoscrittori. Completato tale iter l'Accordo verrà recepito con Decreto del Direttore Generale, con successiva trasmissione ai sottoscrittori e comunicazione alle ASST di riferimento territoriale.

3. 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 di Brescia (Dipartimento della programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali e Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie)

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 di Brescia 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.

Brescia, Gennaio 2018