



CITTA' DI APRILIA
(PROVINCIA DI LATINA)
Comune capofila



DISTRETTO
SOCIO SANITARIO
LT1

REGOLAMENTO DI GESTIONE
DELLE STRUTTURE A CICLO SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI FRAGILI PRESENTI SUL
TERRITORIO DEL DISTRETTO ASL/LT1

INDICE

CAPITOLO 1 - ORGANIZZAZIONE

Articolo 1 - Oggetto e finalità

Articolo 2 - Carta dei servizi sociali

Articolo 3 - Destinatari

Articolo 4 - Ricettività

Articolo 5 - Modalità di ammissione e dimissione degli ospiti

Articolo 6 - Piano Personalizzato di Assistenza (PPA)

Articolo 7 - Attività e prestazioni offerte

Articolo 8 - Figure professionali

Articolo 9 - Documentazione

CAPITOLO 2 – REQUISITI STRUTTURALI

Articolo 10 - Localizzazione ed accessibilità

CAPITOLO 3 – FUNZIONAMENTO E VIGILANZA

Articolo 11 – Funzionamento

Articolo 12 - Verifiche

Articolo 13 - Vigilanza

Articolo 14 - Disposizioni di carattere generale

Articolo 15 – Comitato di Partecipazione

CAPITOLO 1 - ORGANIZZAZIONE

Articolo 1 – Oggetto e finalità

1. Le strutture a ciclo semiresidenziale per anziani (*di seguito STRUTTURE*), autorizzate ai sensi della L.R. n. 41/2003 e delle sue deliberazioni attuative, prestano servizi socio-assistenziali finalizzate al mantenimento ed al recupero dei livelli di autonomia delle persone anziane ed al sostegno della loro famiglia.
2. Le strutture sono caratterizzate da ospitalità di tipo diurno per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, con priorità le persone affette da Morbo di Alzheimer - Perusini e altre forme di demenza irreversibili allo stato lieve, moderato e con capacità di deambulazione certificati dai competenti servizi della A.S.L.: U.V.A. (Unità Valutativa Alzheimer) /CDCD (Centri per i disturbi cognitivi e demenze) / relazione di un medico specialista in materia. L'attività svolta nelle strutture ha come finalità l'inclusione sociale dell'anziano, il sostegno alla famiglia e si propone come valida alternativa all'istituzionalizzazione.
3. Le strutture offrono un sostegno ad ogni utente anziano grazie alle attività previste, alla partecipazione alla vita del gruppo ed alle relazioni con gli operatori, alla promozione di un sempre maggiore inserimento nel contesto sociale ed un aiuto alla famiglia nel suo impegno quotidiano di assistenza. In particolare hanno l'obiettivo di:
 - affiancare le famiglie nell'attività di cura dell'anziano autosufficiente e parzialmente autosufficiente sollevando la famiglia dall'impegno assistenziale per alcune ore al giorno, ridurre il ricorso al ricovero permanente e consentire, quindi, la permanenza della persona nel proprio domicilio;
 - accogliere e attivare interventi globali che rispondono ai bisogni socio assistenziali, di aggregazione e psico-sociali, nonché a sostegno di eventuali interventi domiciliarizzati per i bisogni sanitari.
 - recuperare e/o il mantenere le capacità psicofisiche residue degli ospiti, rispondendo ai loro bisogni di accoglienza, assistenza e partecipazione alla vita relazionale, sociale e culturale e, al contempo, all'esigenza di supporto alle responsabilità assistenziali della sua famiglia;

Nello specifico promuovono:

- lo sviluppo delle capacità psicofisiche residue;
- la promozione della socializzazione e dell'affettività;
- il monitoraggio dei bisogni socio assistenziali dell'utente ed il collegamento con le strutture del territorio;
- il sostegno alle famiglie per evitare istituzionalizzazioni improprie e garantire un servizio di sollievo al *care giver* familiare, ove presente (a titolo di mero esempio: percorsi di auto mutuo aiuto, informazione e formazione alle famiglie);
- la prevenzione e/o il superamento di stati di solitudine o auto-isolamento;
- una rete socio-sanitaria a supporto dei bisogni dell'anziano fragile.

Articolo 2 – Carta dei servizi sociali

1. Ogni struttura adotta la Carta dei servizi sociali nella quale sono indicati i seguenti punti:
 - criteri per l'accesso;
 - modalità di funzionamento della struttura;
 - tariffe praticate, se previste, ed indicazione delle prestazioni ricomprese;
 - personale;
 - partecipazione di gruppi e formazioni sociali.

Articolo 3 – Destinatari

1. I destinatari sono i soggetti di cui all'art. 1, comma 2, del presente Regolamento residenti nel Distretto socio-sanitario LT/1 autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, comunque non necessitanti di assistenza sanitaria e presenza infermieristica per l'intero arco della giornata.

Articolo 4 – Ricettività

1. Struttura semiresidenziale del Comune di Aprilia: ricettività massima 20 utenti;
Struttura semiresidenziale del Comune Cori: ricettività massima 15 utenti.

Articolo 5 – Modalità di ammissione e dimissione degli ospiti

1. Le richieste di **ammissione** dovranno essere presentate al PUA C/Segretariato sociale del Comune di residenza corredate dai seguenti documenti:
 - formale richiesta dell'utente e/o del familiare di riferimento;
 - relazione medica sullo stato di salute psicofisico redatta dal medico di medicina generale;
 - ISEE del nucleo familiare;
 - certificato rilasciato dall'UVA/CDCD/medico specialista in materia se l'utente è affetto da Morbo di Alzheimer - Perusini e altre forme di demenza irreversibili allo stato lieve.
2. Qualora l'anziano si rivolga personalmente, o attraverso i suoi familiari, alla struttura è compito della stessa contattare i Servizi Sociali di riferimento ai fini della presa in carico dell'ospite per una valutazione dell'ammissibilità. Il Servizio Sociale comunale (tramite il PUA/C - Segretariato Sociale) interessato dovrà effettuare un breve colloquio con il *care giver* al fine di aprire la scheda PUA e segnalare il nominativo al PUA/D.
3. L'Unità Valutativa Multidimensionale (*di seguito UVM*) integrata svolgerà una Visita Domiciliare per valutare le autonomie dell'utente in presenza del medico incaricato della Asl, dell'assistente sociale incaricato del Comune e l'assistente sociale coordinatore del centro per anziani fragili interessato. Per ogni anziano, nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidisciplinare integrata (UVM integrata) ai fini della sua presa in carico è stilato un progetto di assistenza contenente anche i dati relativi al suo stato di benessere psicofisico. Nel progetto di assistenza debbono essere indicati inoltre:
 - i tempi di rivalutazione delle autonomie per la verifica dell'eventuale permanenza nel Centro;
 - la frequenza al Centro, totale o parziale.All'UVM integrata parteciperà anche il coordinatore del Centro interessato (Aprilia o Cori). Copia del verbale della valutazione effettuata dall'UVM integrata è trasmessa al coordinatore del servizio, al Comune capofila del Distretto ed al Comune di residenza dell'utente, per l'eventuale ammissione, esclusione o inserimento in lista di attesa, entro e non oltre 40 giorni dalla presentazione della domanda.
4. In un ottica di rete con le realtà del territorio che agiscono sull'assistenza degli anziani fragili, nelle U.V.M. integrata sarà presente anche un rappresentante di organismi del terzo settore o altri Enti che abbiamo attivato protocolli di intesa o accordi di collaborazione con il Distretto 1 ASL/LT.
5. Per gli anziani le cui condizioni socio-assistenziali sono "compatibili" con le caratteristiche delle strutture di cui trattasi, il PUA/D attribuisce un punteggio in relazione alle condizioni economiche (ISEE) socio- ambientali e familiari, come di seguito indicato:

CRITERI	PUNTEGGI
ISEE	
DA 0 A 5.000,00	25
DA 5.000,01 A 8.000,00	15
DA 8.000,01 A 12.000,00	10
DA 12.000,01 A 14.000,00	5
DA 14000,01 e oltre	0
N. FAMILIARI CONVIVENTI	
N. 0	25
N. 1	15
N. 2	10
N. 3	5
N. 4 e oltre	0
DISPONIBILITÀ* DEI TEMPI DI CURA DEI FAMILIARI	
FINO A 4 ORE	25
FINO A 8 ORE	15
FINO A 12 ORE	10
OLTRE 12 ORE	5

*La disponibilità è da intendersi al di fuori della permanenza dell'anziano ospite nelle strutture.

6. Gli utenti sono **dimessi** dalla struttura su domanda personale o dei familiari ovvero qualora le condizioni di benessere psicofisico richiedano forme diverse di assistenza da quelle offerte dal Centro. In questo caso l'UVM integrata, facendo seguito alla segnalazione da parte dell'équipe della struttura, ha il compito di certificare le condizioni che impongono le dimissioni dell'ospite e dare indicazioni rispetto alla forma di assistenza ritenuta più adeguata. Il verbale sarà inviato al Comune di residenza dell'utente ed al Comune capofila del Distretto.

Articolo 6 – Piano Personalizzato di Assistenza (PPA)

- Per ogni ospite anziano accolto nella struttura è predisposto un PPA che indichi:
 - le aree di intervento
 - gli obiettivi da raggiungere;
 - i contenuti e le modalità degli interventi finalizzati al mantenimento ed al recupero delle capacità fisiche, cognitive, relazionali e dell'autonomia personale in coerenza con il progetto globale della struttura stessa.
- Il PPA è predisposto sulla base delle indicazioni dell'UVM integrata, delle attitudini dell'anziano, dai colloqui con la famiglia d'origine o la rete significativa per lo stesso. Il PPA è elaborato entro e non oltre i quindici giorni successivi all'ammissione dell'ospite nella struttura dall'équipe degli operatori della struttura medesima, nell'ottica di una lettura globale dei bisogni dell'ospite. Esso indica:
 - i tempi di attuazione degli interventi e gli obiettivi da raggiungere;
 - la tipologia e l'intensità della risposta assistenziale;
 - le singole professionalità coinvolte nella sua attuazione ed i compiti specifici del personale impegnato e la loro azione;
 - le prestazioni socio-assistenziali e sanitarie fornite ed ogni altro intervento necessario a conseguire i risultati attesi;
 - il sistema di verifica ed i criteri di informazione e coinvolgimento dell'anziano e del nucleo familiare di origine.
- In ogni PPA è indicato il referente responsabile della sua attuazione. Il PPA è regolarmente aggiornato e verificato, in modo tale da seguire l'evoluzione delle condizioni dell'ospite nel tempo. Lo stato di salute dell'anziano è verificato periodicamente dall'UVM integrata in modo

tale da seguire l'evoluzione delle condizioni dell'ospite nel tempo ai fini di monitorare il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano personalizzato di assistenza attuato all'interno della struttura stessa.

Articolo 7 – Attività e prestazioni offerte

1. Nelle strutture l'attività della giornata è tale da soddisfare i bisogni assistenziali e di riabilitazione sociale degli ospiti. Tutte le attività e gli interventi hanno, infatti, la finalità di aiutare l'ospite anziano a vivere la vita nel pieno delle proprie potenzialità con un programma basato sul rafforzamento delle capacità, attraverso azioni di stimolo, sostegno e accompagnamento.
2. L'organizzazione delle attività deve garantire agli ospiti:
 - un ambiente di vita confortevole e stimolante per ritmi di vita, attività culturali e di svago, per stile di accoglienza;
 - il coinvolgimento costante delle famiglie, per garantire la continuità dei rapporti familiari;
 - la promozione dei legami affettivi vecchi e nuovi;
 - l'apertura all'ambiente esterno in modo da favorire l'integrazione sociale;
 - attività di animazione, di tempo libero, ricreativa, di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine, attraverso attività ludiche e relazionali.
3. Ogni intervento tende a soddisfare i bisogni individuati nell'ambito del PPA predisposto per ogni anziano e risponde concretamente alle esigenze di socializzazione, relazionali ed affettive, di sviluppo delle capacità psico-fisiche residue, di mantenimento dei livelli di autonomia acquisiti.
4. Ogni attività è erogata nel rispetto dei normali ritmi di vita degli utenti anziani. Le attività previste nella struttura a ciclo semiresidenziale sono:
 - la somministrazione dei pasti;
 - l'assistenza agli utenti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
 - le attività aggregative, ricreative e culturali.

Tali attività sono organizzate sulla base delle finalità della struttura a ciclo semiresidenziale e tenendo conto della specificità del percorso socio-riabilitativo di ogni anziano, sulla base del Piano personalizzato di assistenza.

In particolare occorre prevedere:

- attività formative occupazionali, tendenti a favorire l'autonomia personale, finalizzate ad acquisire il miglior adattamento possibile ai vari momenti funzionali della giornata in relazione all'organizzazione temporale-sequenziale della giornata stessa e quindi ai ritmi giornalieri, all'accompagnamento nell'alimentazione, nell'abbigliamento, nella cura dell'igiene, nell'orientamento spazio-temporale, nel rapporto con l'ambiente esterno, attraverso interventi specifici di sostegno e di sviluppo;
- attività formative espressive, tendenti a favorire il mantenimento ed il recupero delle capacità e abilità in campo relazionale, affettivo, sensoriale e motorio;
- attività formative di socializzazione, volte alla creazione ed al mantenimento di un rapporto significativo e continuativo con l'ambiente esterno, nei vari aspetti sociale, culturale e territoriale, anche attraverso, ove possibile, la frequenza ad attività sportive, artistiche e aggregative, per favorire lo scambio e la comunicazione.

Articolo 8 – Figure professionali

1. Le figure professionali impegnate nella struttura sono:
 - **responsabile:** è il coordinatore che ha la responsabilità sia della struttura che del servizio prestato, in particolare è il responsabile:
 - della programmazione, dell'organizzazione e della gestione di tutte le attività che si svolgono all'interno della struttura, nonché del loro coordinamento con i servizi territoriali;

- della gestione del personale.

Il responsabile coordinatore, quindi:

- effettua le verifiche ed i controlli sui programmi attuati, nel rispetto degli indirizzi fissati da leggi, regolamenti e delibere, regionali e comunali;
- accoglie l'utente e partecipa alla stesura del PPA;
- sovrintende il corretto e puntuale funzionamento della struttura;
- ha la direzione e la sorveglianza del personale addetto alla struttura;
- verifica e programma le attività degli operatori dell'équipe;
- controlla che siano aggiornati, a cura degli operatori, il registro delle presenze e la cartella personale degli ospiti;
- coordina le attività e gli interventi sugli utenti;
- cura i rapporti tra la struttura e gli altri servizi presenti sul territorio distrettuale e non.

Il responsabile coordinatore assicura la presenza per un tempo adeguato alle necessità della struttura ed in rapporto alla tipologia degli ospiti.

Il ruolo del responsabile è ricoperto da:

- laureati di secondo livello in ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie;
- laureati di primo livello in ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie, con esperienza biennale nel settore documentata;
- diplomati di scuola secondaria superiore, con documentata esperienza nel ruolo specifico di responsabile di struttura o servizio, socioassistenziale o sociosanitario, per anziani di almeno cinque anni.

- **Operatore socio-sanitario (OSS):** è la figura professionale la cui attività è rivolta alla persona ed al suo ambiente di vita: assiste l'ospite nelle sue esigenze quotidiane fornendo aiuto sostanziale di tipo domestico, di cura nell'igiene personale e nelle attività di tempo libero, nonché aiuto per la corretta assunzione dei farmaci prescritti, per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso e nella preparazione alle prestazioni sanitarie.

Gli operatori socio-sanitari sono adeguati nel numero alle necessità degli ospiti in base al loro piano personalizzato di assistenza, secondo le indicazioni preventivamente espresse dall'ASL e comunque in un rapporto minimo di un operatore ogni 10 (dieci) utenti.

La funzione di OSS può essere svolta da:

- assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatori socioassistenziali (OSA);
- operatori tecnici ausiliari (OTA);
- assistenti familiari;
- persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti;
- persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale come operatori in strutture e servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per anziani.

Nell'ambito dell'attuazione del Piano personalizzato di assistenza, le prestazioni sociali sono assicurate dal seguente personale, con presenza programmata:

- **educatore professionale:** dà concreta attuazione alla realizzazione degli obiettivi previsti nel PPA. In particolare, nell'ambito della programmazione generale, progetta e mette in atto le attività finalizzate al mantenimento ed al miglioramento delle abilità e capacità fisiche, cognitive e relazionali degli ospiti, nonché all'integrazione sociale, in stretto rapporto con l'assistente sociale. Svolge una funzione di supplenza dell'organizzazione familiare e promuove momenti di interazione con l'ambiente di riferimento, familiare e di relazione dell'utente, nonché con la rete dei servizi del territorio. La presenza di un educatore professionale assicura, pertanto, attività di animazione attivando dinamiche relazionali con l'ambiente di riferimento interno, familiare e con il contesto esterno;

- **assistente sociale:** assiste gli ospiti con interventi di natura socio-assistenziale e favorisce il miglior utilizzo delle risorse presenti nella struttura e sul territorio. Cura, in particolare, i rapporti con la famiglia di origine e con l'ambiente di provenienza; collabora e promuove l'attività sociale degli ospiti in relazione ai singoli PPA.

Qualora diverse funzioni facciano capo ad una sola persona è indispensabile che tutte vengano svolte con completezza e dimostrata professionalità.

In ogni struttura a ciclo semiresidenziale, al fine di soddisfare le eventuali prestazioni di tipo sanitario, è prevista la presenza programmata di figure sanitarie (medico specialista, infermiere, etc.) che forniscono prestazioni programmate in relazione alle eventuali specifiche esigenze degli utenti, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.

L'équipe che segue l'anziano lavora in stretta collaborazione con i servizi della ASL e con il medico di medicina generale dell'anziano stesso, nel rispetto dei Piani personalizzati di assistenza di ciascun anziano utente.

Articolo 9 - Documentazione

1. La documentazione relativa agli ospiti ed alla gestione della struttura comprende:
 - il registro delle presenze degli ospiti;
 - la cartella personale per ogni singolo ospite contenente:
 - i dati personali ed amministrativi (documentazione anagrafica e contabile relativa alla situazione personale);
 - i dati sociali e sanitari;
 - il PPA e le relative valutazioni periodiche;
 - il registro delle presenze del personale con indicazione delle mansioni svolte e dei turni di lavoro;
 - il quaderno delle consegne giornaliere;
 - un registro delle presenze del personale volontario indicante gli orari di presenza e le attività svolte;
 - la tabella dietetica autorizzata dalla competente struttura della ASL.
2. La documentazione è costantemente aggiornata.

CAPITOLO 2 - REQUISITI STRUTTURALI

Articolo 10 - Localizzazione ed accessibilità

1. Le strutture a ciclo semiresidenziale per anziani sono ubicate in centri abitati, o nelle loro vicinanze, facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici o con mezzi di trasporto privati messi a disposizione dalla struttura, comunque localizzate in modo tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti delle strutture. In relazione alle finalità delle strutture stesse, non sono presenti barriere architettoniche.
2. La sede del Centro semiresidenziale di Aprilia è ubicata in via Enrico Fermi, snc.
La sede del Centro semiresidenziale di Cori è ubicata in via Marconi n. 1 presso i locali del Presidio Territoriale di Prossimità.

CAPITOLO 3 - FUNZIONAMENTO E VIGILANZA

Articolo 11 - Funzionamento

1. Le strutture debbono garantire il funzionamento per un minimo di sette ore giornaliere, per cinque giorni alla settimana per almeno dieci mesi l'anno.

Le strutture di Aprilia e Cori sono aperti dalle ore 09.00 alle ore 16:00, dal lunedì al venerdì.
Ogni utente usufruirà della struttura in base al Piano Personalizzato di Assistenza.

Articolo 12 - Verifiche

1. Per assicurare l'efficienza, l'adeguatezza, la conformità dei processi di erogazione agli obiettivi dichiarati, il coordinatore del servizio collaborerà con l'Ufficio di Piano, i Comuni e la ASL e un rappresentante dei partner che hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il Distretto LT1, per l'attività di monitoraggio, verifica e valutazione del progetto nel suo complesso. Sarà competenza del Coordinatore del servizio garantire un monitoraggio costante e puntuale dell'operato del personale e della qualità delle prestazioni attuate, al fine di tutelare l'interesse e il benessere dell'anziano. In particolare il monitoraggio comporterà:
 - la rilevazione della customer satisfaction a cadenza annuale;
 - la predisposizione di report periodici di monitoraggio, nello specifico:
 - report trimestrali: numero di utenti frequentanti, frequenza media, prestazioni erogate, numero di eventuali reclami, numero riunioni con servizi esterni, numero di dimissioni volontarie, numero di organizzazioni del terzo settore e volontari coinvolti;
 - report statistico: andamento annuale del servizio.

Articolo 13 - Vigilanza

1. La funzione di vigilanza sulla struttura è esercitata dal Comune sul cui territorio insiste la struttura, fatte salve le competenze della ASL in materia di vigilanza igienico-sanitaria. La vigilanza è esplicata mediante visite periodiche ordinarie e visite straordinarie ed è finalizzata ad accertare, in particolare:
 - l'osservanza degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di servizi socio-assistenziali;
 - il rispetto dei diritti degli utenti;
 - la permanenza delle condizioni e dei requisiti che hanno dato luogo all'autorizzazione.

Articolo 14 - Disposizioni di carattere generale

1. Per quanto non previsto nel presente regolamento si fa riferimento alle vigenti normative in materia nazionali e regionali.
2. Le disposizioni di cui al presente regolamento possono subire modifiche ed integrazioni in ragione di eventuali nuovi provvedimenti adottati.

Articolo 15 - Comitato di Partecipazione

1. È istituito un Comitato di partecipazione composto dal coordinatore dell'Ufficio di Piano, dal Coordinatore delle strutture e dai *partner* che hanno sottoscritto un protocollo di intesa o un accordo di collaborazione con il Distretto 1 ASL/LT e la ASL.
2. Il Comitato di Partecipazione ha funzione consultiva e potrà esprimersi, con eventuali proposte e suggerimenti, in relazione all'elaborazione e stesura della programmazione delle attività delle strutture.