



# Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta

2034

10 MAG. 1994

n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

OGGETTO: Determinazione degli standard organizzativi-gestionali e strutturali sulle RSA per anziani e persone non autosufficienti di cui alla LR 28/91, art. 4 e LR 39/93, art. 6, comma 4.

Presidente	Giuseppe	Pupillo
V. Presidente	Floriano	Pra
Assessori	Francesco	Adami
	Ettore	Beggiato
	Michele	Boato
	<del>Roberto</del>	<del>Buttura</del>
	Antonio	Corazzin
	Giovanni	Crema
	Luigi	D'Agrò
	Margherita	Miotto
	<del>Sante</del>	<del>Porticaro</del>
	Angelo	Tanzarella
	Walter	Vanni

Segretario Gianfranco Zanetti

Assiste il Segretario generale della programmazione ~~Giorgio~~ Sala

L'Assessore alle Politiche Sociali, Margherita Miotto, di concerto con l'Assessore alla Sanità, Roberto Buttura, riferisce quanto segue:

In attuazione dell'art. 6, comma 4, della L.R. 39/93 la Giunta regionale nella seduta del 19.10.93 con provvedimento C.R. 125 ha approvato un documento, articolato in due sezioni, relativo alla definizione degli standard organizzativi e strutturali delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) previste dall'art. 4 della L.R. 28/91 ed attinenti all'area anziani e persone non autosufficienti. Successivamente con DGR n. 1142 del 22.03.94 la Giunta regionale ha provveduto a recepire le competenze trasferite dallo Stato alla Regione con L. 492/93 relative alle procedure per la realizzazione e contestuale finanziamento statale delle RSA di cui all'art. 20 della L. 67/88, individuando, in particolare, gli organi regionali competenti a valutare la progettazione di fattibilità ed esecutiva.

In considerazione, pertanto, degli adempimenti previsti dall'art. 4 della L.R. 28/91, dalla L.R. 39/93 in materia sanitaria e di riconversione ospedaliera e dalle nuove competenze trasferite alla Regione di cui sopra, la Giunta regionale nella seduta del 6 aprile 1994 ha approvato con atto C.R. n. 41 un documento articolato in forma regolamentare relativo agli standard organizzativi-gestionali e strutturali delle R.S.A. per anziani e persone non autosufficienti, disponendo di acquisire sugli stessi il preventivo parere della V Commissione Consiliare.

Gli standard proposti, di cui all'allegato che forma parte integrante del presente atto, sono organizzati in forma di articolato regolamentare così come segue.

Gli articoli 1 - 19 riguardano gli standard organizzativi con i quali si propone la riorganizzazione della rete dei servizi socio-sanitari esistenti nel territorio e si individuano gli strumenti organizzativi ed attuativi dello stesso attraverso la definizione di appositi modelli organizzativi.

A tal riguardo il relatore ha inteso proporre un modello organizzativo e gestionale, capace di garantire in modo organico l'integrazione socio-sanitaria dei servizi esistenti nel territorio, in riferimento ai bisogni globali e non

settoriali delle persone anziane e disabili valorizzando le risorse strutturali ed organizzative storicamente presenti nel territorio.

Nel contempo, tuttavia, si è tentato di migliorare qualitativamente i servizi offerti dai diversi enti attraverso l'inserimento nella rete dei servizi esistenti del modello gestionale delle RSA, quale occasione di integrazione socio-sanitaria in un unico ed articolato progetto territoriale.

Nella parte finale si individuano le figure professionali previste ad operare nella RSA e si precisa il rapporto numerico tra ospiti ed operatori diversificato per singola tipologia di RSA.

Gli articoli 20 - 22 dell'articolato regolamentare riguardano gli standard strutturali delle RSA elaborati sulla scorta del DPCM 22.12.89 e del R.R. 8/84.

Le caratteristiche strutturali delle RSA sono state definite a seguito di una attenta analisi dell'esistente (case di riposo, strutture ospedaliere e case di cura da riconvertire) e di una ricognizione di tutti i possibili servizi e spazi fisici funzionali. Tale ricognizione ha permesso l'elaborazione di diverse schede inserite nella sezione in oggetto, organizzate in otto blocchi funzionali ed articolate per specifici spazi funzionali che possono essere diversamente dislocati o aggregati all'interno delle strutture in considerazione dei bisogni dell'utente.

Lo strumento dello standard strutturale è stato inteso in modo flessibile e capace di essere adattato in un determinato territorio in forza di specifiche deroghe che diversi enti potranno prevedere nell'ambito dell'accordo di programma elaborato in sede di organizzazione delle RSA.

Con il presente provvedimento il relatore intende proporre uno strumento che disciplini in modo uniforme su tutto il territorio regionale il modello organizzativo e strutturale delle R.S.A., siano queste attinenti, ai sensi della l.r. 39/93, al processo di trasformazione in atto relativo alla riconversione di strutture ospedaliere o alla disattivazione per l'esercizio della funzione ospedaliera delle strutture private convenzionate; siano queste, altresì, riguardanti le strutture residenziali pubbliche o del privato sociale che ospitano persone non autosufficienti e che hanno avviato processi di adeguamento in tal senso - anche ai sensi dei finanziamenti di cui all'art. 20 L. 67/88.

In considerazione di quanto sopra affermato la Regione potrà autorizzare a funzionare come R.S.A. solo quelle strutture pubbliche, del privato o del privato sociale che soddisfino i requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi previsti dall'allegato articolato regolamentare, considerando la conformità ai suddetti standard condizione per entrare nella rete dei servizi socio-sanitari.

Considerato, infine, che nella seduta del 4 maggio 1994 la V Commissione Consiliare ha espresso parere favorevole sugli standard in oggetto, si sottopone

all'approvazione definitiva l'articolato regolamentare, di cui all'allegato, sugli standard organizzativi-gestionali e strutturali delle R.S.A.

#### LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore, Assessore Margherita Miotto, di concerto con l'Assessore alla Sanità Roberto Buttura, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, II° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- visto l'art. 6, comma 4, della L.R. 39/93;
- visto l'art. 4 della L.R. 28/91;
- visto il DPCM 22.12.89;
- visto il Regolamento regionale n. 8/84;
- vista la L. 492/93;
- visto l'atto CR n. 41 del 06.04.94;
- visto il parere favorevole del 04.05.94 espresso dalla V Commissione Consiliare;

#### D E L I B E R A

- 1) di approvare gli standard organizzativi-gestionali e strutturali delle RSA per anziani e persone non autosufficienti, di cui all'allegato articolato regolamentare, che forma parte integrante del presente atto;
- 2) di considerare la sussistenza dei requisiti organizzativi-gestionali e strutturali di cui al punto 1, condizione per la qualificazione come R.S.A. delle strutture residenziali del Veneto così come in premessa esplicito;

Sottoposto a votazione il presente provvedimento viene approvato con votazione unanime e palese.

IL SEGRETARIO  
dr. Gianfranco Zanetti



IL PRESIDENTE  
Giuseppe Pupillo

VISTO: se ne propone l'adozione attestandone la conformità agli atti, la regolare istruttoria e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

Dirigente Regionale Generale

- Dr. Livio Frattin -

DIPARTIMENTO PER LE FINANZE, I TRIBUTI E LA RAGIONERIA

Visto e assunto l'impegno di \_\_\_\_\_ sul cap. \_\_\_\_\_  C del bilancio di previsione per  
 R  
l'esercizio 19\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ (art. 54 della l.r. 9 dicembre 1977, n. 72)

Venezia. \_\_\_\_\_

SEGRETERIA DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione viene trasmessa in data odierna alla Commissione di controllo sull'Amministrazione regionale del Veneto.

Venezia. 17 MAG. 1994



p. Il Segretario  
Dr. Claudio De Donatis

La presente deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi dell'art. 45 della legge 10 febbraio 1953, n. 62 con nota n. 2129/823

del 3 GIU. 1994

Venezia. 7 GIU. 1994



p. IL SEGRETARIO  
Dr. Claudio De Donatis



**STANDARD REGIONALI SUI SERVIZI PER GLI ANZIANI E LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI. STANDARD REGIONALI PER LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI**

**Art. 1 - Indirizzi Generali**

L'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti non è più erogabile a livello di singoli servizi. L'aumento numerico di tali soggetti e le novità in campo assistenziale, riabilitativo e sanitario esigono un nuovo e più razionale modo di rispondere ai bisogni dei soggetti che hanno perduto l'autonomia. D'altra parte l'esiguità delle risorse finanziarie ed umane concesse a tale risposta comporta la razionalizzazione dell'accesso e della fruizione di tali servizi e l'individuazione di priorità non più sulla base della spesa ma sull'effettivo bisogno dell'individuo non più autonomo. La stretta definizione dei vincoli e delle caratteristiche strutturali e standardizzate dei servizi così come oggi sono erogati porta ad un appiattimento dell'assistenza ed ad una sua erogazione parcellare che rischia il più delle volte di tralasciare proprio le fasce più deboli della popolazione: disabili ed anziani.

Si deve quindi trovare un metodo di lavoro che partendo dall'esistente lo migliori, lo qualifichi, lo integri.

Il metodo di lavoro deve avvalersi di un progetto che deve tener conto di:

- ambito territoriale nel quale si esercita l'assistenza
- situazione demografica e prospettive demografiche
- situazione delle strutture esistenti
- situazione dei servizi esistenti
- possibilità integrative dei servizi e delle strutture in un progetto complessivo.

Caratteristiche irrinunciabili del progetto sono:

gli obiettivi di cui all'art. 3

le azioni di cui all'art. 4

la presenza di tutti i servizi di rete che saranno successivamente elencati e il loro adeguamento agli standard regionali.

la presenza o la programmazione degli strumenti con le caratteristiche che saranno standardizzate a livello regionale.

**Art. 2 - I Destinatari**

I destinatari del Progetto sono le persone non autosufficienti e gli anziani ultrasessantacinquenni con particolare riferimento ai soggetti in condizione di dipendenza. La dipendenza supera il concetto di non autosufficienza in quanto non tiene conto solamente della persona ma anche delle compensazioni offerte dall'ambiente. La non autosufficienza al contrario può definirsi la perdita di autonomia non compensata in qualche modo dal soggetto stesso, dall'ambiente, dai servizi.

**Art. 3 - Gli Obiettivi**

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona anziana e non autosufficiente presso il proprio domicilio fornendo i mezzi integrativi alle perdite funzionali.
- migliorare la qualità di vita nelle Strutture Residenziali e Semi residenziali.
- perseguire il rientro all'ambiente di provenienza dopo la permanenza in Strutture Residenziali.
- promuovere azioni atte ad utilizzare ed ad ottimizzare le risorse territoriali
- razionalizzare la spesa.

Altri specifici obiettivi individuati a livello locale saranno perseguiti in sintonia con gli obiettivi sopraindicati.

**Art. 4 - Le Azioni**

- integrare il lavoro degli Enti
- integrare il lavoro degli operatori

- analizzare la domanda secondo il metodo multi dimensionale e multi professionale per:
  - valutare adeguatamente il soggetto
  - valutare la congruità della domanda
  - rispondere ad essa non con un servizio ma con un progetto globale e di coordinamento dei servizi.
  - inserire in tal modo la persona non autonoma nella rete di servizi secondo i suoi reali bisogni.
- filtrare la richiesta di accesso alle Strutture Residenziali secondo priorità che tengano conto delle attese dell'individuo e della famiglia e sviluppare i percorsi alternativi.
- indurre negli Enti e negli operatori l'aspettativa del rientro al domicilio come fine ultimo di ogni loro intervento e favorire azioni intese in tal senso.

**Art. 5 - La Rete dei Servizi**

Lo strumento per raggiungere gli obiettivi e realizzare il Progetto è la Rete dei servizi. Entrano nella Rete i Servizi resi dai diversi Enti e già previsti dalle norme vigenti integrati in un unico Progetto territoriale che comprenda obiettivi condivisi ed azioni comuni qualsivoglia sia l'Ente erogatore.

La Rete dei Servizi viene organizzata secondo un Progetto Operativo Anziani.

**Art. 6 - Il Progetto Operativo Anziani**

Il responsabile del Progetto Operativo Anziani, individuato dal direttore generale dell'ULSS, coordinerà le unità operative distrettuali dal punto di vista tecnico professionale e funzionale secondo ambiti di intervento stabiliti dal Piano di Zona attraverso Accordi di Programma e Convenzioni che coinvolgono tutta la Rete di Servizi.

**Art. 7 - L'Unità Operativa Distrettuale (UOD)**

E' lo strumento operativo del progetto e dell'accordo, a cui i vari Enti che vi saranno rappresentati demandano la costruzione del programma assistenziale e riabilitativo del singolo.

E' un gruppo di lavoro multi disciplinare che si avvarrà di volta in volta di professionalità specifiche per le problematiche in discussione. L'attività dell'UOD viene così esemplificata: riceve la domanda, analizza la domanda, valuta il soggetto in modo multi dimensionale, esamina e/o redige il progetto assistenziale, segue l'esecuzione del progetto, verifica l'attuazione dei programmi terapeutici ed i risultati a distanza.

**a) La Domanda**

La domanda di valutazione può venire da tutti coloro che si occupano di assistenza nel territorio. Essa deve essere filtrata attraverso un metodo di valutazione multi dimensionale. Devono essere vagliate dall'UOD tutte le domande che possono prevedere una risposta di istituzionalizzazione (RSA, Casa di Riposo ed altro), ADI o comunque di progetto integrato.

**b) Le figure dei componenti**

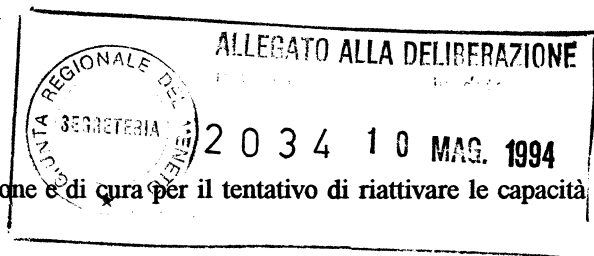
Le figure professionali che fanno parte dell'UOD devono avere potere decisionale proprio o delegato dal Servizio di appartenenza. Di norma esse sono:

- Responsabile del Progetto Anziani dell'ULSS o suo delegato
- Medico curante dell'utente
- Assistente sociale
- Responsabile od Operatore del Servizio interessato
- Altre figure professionali sociali e/o sanitarie in relazione alla tipologia del caso

**c) Metodologia di Lavoro**

L'UOD si avvarrà del metodo valutativo multi dimensionale e proporrà un progetto assistenziale e riabilitativo che potrà avvalersi di tutta la rete di servizi presente nel territorio. Tale progetto potrà prevedere:

- la permanenza a domicilio con un programma terapeutico riabilitativo (ADI)
- il temporaneo accesso in Ospedale o Day Hospital per accertamenti e/o cure



- il temporaneo accesso in RSA di riabilitazione e di cura per il tentativo di riattivare le capacità residue.
- l'accesso in RSA di base

L'UOD potrà individuare al suo interno il responsabile del caso che avendo partecipato ai lavori del gruppo segua successivamente la persona, l'assistenza, proponga le verifiche non programmate e riporti al gruppo l'andamento del programma.

L'UOD programmerà le verifiche a scadenza fissa (permanenza in RSA, in ADI) o dovute al cambiamento improvviso delle condizioni iniziali, secondo criteri predefiniti e con indicatori che si avvalgano del metodo multi dimensionale.

#### **Art. 8 - L'Unità Operativa Geriatrica Ospedaliera**

Per UOGO si intende un modello di lavoro che incentrato sulla Divisione di Geriatria per Acuti proponga il metodo di lavoro tipico delle Unità Operative Distrettuali a livello Ospedaliero e che permetta la valutazione multidimensionale, la cura e la riabilitazione geriatrica in tutto l'ambito ospedaliero.

#### **Art. 9 - Assistenza Domiciliare Integrata**

E' il fulcro dell'attività territoriale, lo strumento operativo più efficiente per il mantenimento a domicilio di quelle situazioni a rischio che portano al ricovero improprio ed al grave calo della qualità di vita della persona anziana e disabile. Essa deve progressivamente sostituire ogni altra forma di assistenza domiciliare non integrata. L'ADI utilizzerà, tenendo conto delle disponibilità territoriali, le risorse degli Enti che partecipano all'Accordo di Programma o alla Convenzione secondo programmi stabiliti dall'UOD e avrà il suo punto di riferimento in una delle strutture operative nell'ambito territoriale.

#### **Art. 10 - Il Centro Servizi**

Il Centro Servizi è una struttura che accoglie vari servizi aperti alla comunità, particolarmente predisposti per corrispondere alle esigenze sociosanitarie della persona anziana e del non autosufficiente. Il Centro servizi potrà corrispondere alla globalità delle esigenze dell'utente, erogando quindi tutti i vari servizi necessari. Tali servizi potranno non essere sempre presenti in ogni singola struttura in quanto dovranno essere riferiti alle effettive esigenze della zona da servire. Il concetto di Centro Servizi risulta conglobante la definizione regionale di Centro Diurno anche nei suoi vari aspetti socio-sanitari.

#### **Art. 11 - Alloggio Protetto**

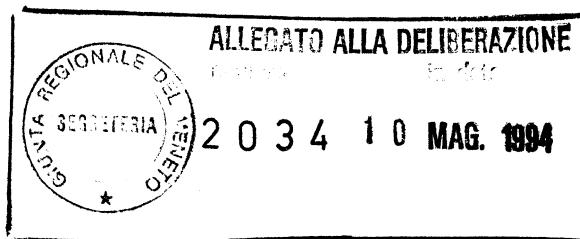
L'Alloggio Protetto consiste in una unità abitativa, singola o aggregata, particolarmente idonea, per localizzazione, dimensione ed organizzazione interna, a consentire il mantenimento dell'autonomia di vita dell'utente, il quale può fruire di varie forme di sostegno mediante un collegamento con un Centro Servizi.

#### **Art. 12 - La Casa Albergo**

La Casa Albergo è una residenza collettiva costituita da un insieme di alloggi di piccola dimensione e varia tipologia, dotati di tutti gli accessori per consentire una vita autonoma. Gli alloggi sono variamente raggruppati in unità residenziali, dotate di servizi, che possono essere dotate di servizi collettivi atti a consentire una scelta tra un tipo di vita autonoma o comunitaria.

#### **Art. 13 - La Residenza Assistenziale**

La Residenza Assistenziale è una struttura per persone prevalentemente autosufficienti che offre una gamma completa di servizi di tipo comunitario, garantendo il rispetto della personalità e del ruolo attivo di ciascun utente, secondo gli appositi standard organizzativi, gestionali e strutturali previsti per le Case per anziani autosufficienti dal Regolamento regionale n. 8 del 17.12.84.



#### **Art. 14 - La Casa per anziani non autosufficienti**

La Casa per anziani non autosufficienti è un tipo di struttura che trova la sua definizione in termini organizzativi, strutturali e gestionali al punto 5.b del Regolamento regionale n. 8 del 17.12.84.

Questo tipo di struttura potrà, previa autorizzazione della Regione, essere convertita nelle RSA di cui ai punti successivi qualora ne assuma le caratteristiche strutturali, gestionali ed organizzative.

Restano confermate le attuali disposizioni regionali in materia di rimborso spese sanitarie e di rilievo sanitario.

La Casa per anziani non autosufficienti dovrà comunque essere inserita nella rete dei servizi e gli ingressi dovranno avvenire attraverso la valutazione da parte delle U.O.D...

#### **Art. 15 - La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

Si definiscono RSA le strutture residenziali extraospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati organizzate per nuclei e/o moduli funzionali, finalizzate a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale a persone prevalentemente non autosufficienti. Le RSA devono essere inserite nella completa rete di servizi già previsti dalle leggi e regolamenti regionali veneti. La RSA è il fulcro residenziale dell'assistenza socio sanitaria al disabile.

Nell'ambito della Regione Veneto esse possono essere gestite direttamente dalle ULSS, dai Comuni, dalle IPAB, dal Privato Sociale e dal Privato Commerciale. Per quanto riguarda gli aspetti sanitari e riabilitativi essi vengono garantiti dalle ULSS nelle forme previste da una indispensabile e vincolante accordo ULSS, Comuni ed Enti gestori delle Residenze Protette sulla base del Progetto Operativo Anziani.

L'autorizzazione al funzionamento, il numero e la tipologia dei posti letto, i servizi minimi e le eventuali deroghe strutturali delle RSA sono definiti dalla programmazione regionale.

Ferma restando una stessa tipologia strutturale l'RSA possono diversificarsi a seconda della tipologia degli ospiti e della valenza assistenziale e del modello organizzativo in RSA di base ed RSA di cura e recupero.

#### **Art. 16 - RSA di Base**

Le RSA di base possono accogliere anziani e disabili con limitazioni di autonomia di qualsiasi genere sia fisiche che mentali che sociali nella cui valutazione multi dimensionale risulti comunque inequivocabile l'impossibilità di assistenza domiciliare. Le caratteristiche delle RSA di base si possono così riassumere:

- pieno inserimento nella rete dei servizi ed accesso previa valutazione da parte della UOD.
- accesso per i non autonomi solo dopo tentativo rieducativo in RSA di cura e riabilitazione.
- impegno rieducativo indirizzato al prevalente al mantenimento delle funzionalità residue.
- verifiche periodiche per le possibili dimissioni.
- impegno infermieristico continuativo.
- stretto collegamento con l'RSA di cura e riabilitazione e con l'ADI.
- compartecipazione alla spesa alberghiera e sociale da parte dell'utente.
- prestazioni sanitarie e di rilievo sanitario a carico della F.S.R.

#### **Art. 17 - RSA di Cura e Recupero**

L'accesso in RSA avviene attraverso una valutazione dell'Unità Operativa Distrettuale secondo alcuni vincoli standardizzati dalla Regione del Veneto ed altri stabiliti a livello locale per il perseguimento degli obiettivi del Progetto.

I vincoli Regionali sono:

1. Il soggetto ammesso all'RSA necessita di assistenza riabilitativa e sanitaria continua
2. Tale assistenza non è garantibile a domicilio (ADI, Ospedalizzazione a Domicilio)
3. L'assistenza non è tale da prevedere il ricovero in un Reparto Ospedaliero per Acuti

4. Il ricovero in RSA deve poter prevedere un recupero dell'individuo, con il coinvolgimento della famiglia e dell'ambiente tale da:
  - rendere massimo ed ottimizzare l'intervento riabilitativo e sanitario
  - rendere efficace l'intervento socio-ambientale
  - rendere possibile il reinserimento dell'individuo nel proprio ambiente di vita
5. Ogni ricovero in RSA deve intendersi a termine con possibilità di proroga periodica da parte dell'UOD, qualora si riproducessero le condizioni di cui ai punti 1-2-3-4.

La collocazione, l'ambito ed il dimensionamento delle RSA di cura e ricupero sarà approvato dalla Regione in base ad un Progetto Locale che ne dimostri la necessità, la fattibilità ed il favorevole rapporto costi benefici.

Nell'ambito del piano di zona è facoltà dell'ULSS individuare due indirizzi:

- **ad indirizzo riabilitativo funzionale**  
per il recupero dei deficit fisici e funzionali (paretici, fratturati ecc.)
- **ad indirizzo riabilitativo mentale**  
per il recupero delle capacità intellettive (disorientati, amnesici, confusi, dementi, e di tutte le patologie che comportino decadimento delle funzioni cognitive)

La RSA di Cura e Riabilitazione sarà caratterizzata da:

- accesso solo dopo valutazione dell'UOD e programmazione di un intervento di recupero.
- alto impegno sanitario e riabilitativo.
- organizzazione degli operatori in una Unità Operativa che lavori per Progetti individuali o di gruppo
- organizzazione interna tesa a favorire il recupero funzionale
- frequenti verifiche del progetto di recupero per favorire il rapido turn over degli Ospiti.
- stretto collegamento con l'Ospedale e con l'UOD.
- residenza solo temporanea con accoglienza a termine.
- previsione di moduli che permettano "respiro" temporaneo alla famiglia.
- previsione posti letto in grado di garantire risposte all'emergenza sociale del territorio.
- diretto impegno sanitario di primo livello da parte di specialisti dell'ULSS (Geriatrici, Psichiatri, Neuropsichiatri, Fisiatri, ecc.)
- compartecipazione alla spesa alberghiera e sociale da parte della persona.
- prestazioni sanitarie e di rilievo sanitario a carico del F.S.R.

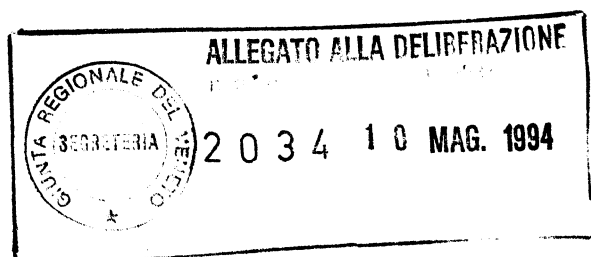
Si deve perseguire l'obiettivo di non si debbano separare fisicamente gli ambienti residenziali dei due tipi di Residenze ne tanto meno fra RSA e Centri Residenziali ma che tali ambienti possano essere strutturalmente uguali in ogni Residenza e si cambi solamente la tipologia e l'intensità dell'assistenza. Ciò permetterà di eliminare continui cambiamenti di ambiente da parte dell'Ospite, cambiamenti che sono comunemente causa di decadimenti fisici e mentali spesso fatali. Inoltre l'organizzazione interna flessibile del lavoro permetterà l'adattamento e la personalizzazione dell'assistenza. Si sposta l'assistenza e non l'Ospite.

La programmazione regionale assegnerà a ciascun ambito territoriale promotore di un progetto la quantità di posti letto in RSA di base e in RSA di cura e recupero al fine di poter quantificare la spesa.

Le RSA si articolano in moduli, sarà perciò auspicabile che i moduli abbiano all'interno della dizione RSA di cura e recupero un indirizzo specifico (Anziani, disabili adulti, neurolesi, dementi, malati terminali ecc.) Ciò permetterà una sempre più specifica assistenza riabilitativa anche in ambiente Extraospedaliero.

Caratteristiche comuni dei due modelli organizzativi nell'RSA sono:

1. l'organizzazione per nuclei funzionali di 24, massimo 30 posti letto, organizzati per centri di servizio
2. l'aggregazione di più nuclei per formare una RSA tale da garantire una razionalizzazione delle risorse
3. l'organizzazione secondo appositi standard numerici e qualitativi di personale e modelli organizzativi che la caratterizzano come nursing home (valutazione, programmazione e verifica)



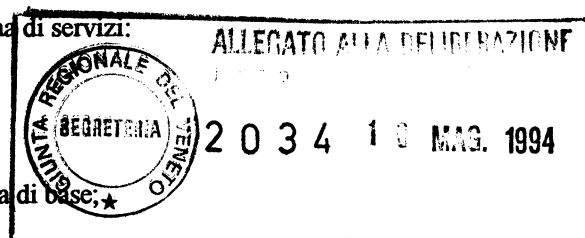
## Art. 18 - Il Modello Organizzativo comune della RSA

La classificazione delle R.S.A. a seconda della tipologia degli ospiti e della valenza assistenziale (di cura e recupero o di base) è condizione indispensabile per strutturare un modello organizzativo razionale e funzionale.

L'obiettivo è, infatti, quello di organizzare ogni singolo nucleo in funzione delle caratteristiche degli ospiti, improntando in tal senso l'organico sia in termini numerici che professionali.

Le R.S.A. devono offrire ai propri ospiti la seguente gamma di servizi:

- il servizio alberghiero;
- l'assistenza socio-sanitaria
- le attività di riabilitazione;
- le attività ricreative, culturali e occupazionali;
- l'assistenza infermieristica diurna e notturna e assistenza medica di base;★
- l'assistenza psicologica;
- la cura della persona.



Dette attività si articolano secondo una successione di scadenze temporali finalizzate ad assecondare e rispettare i ritmi e i tempi quotidiani degli ospiti, orientando in tal senso le prestazioni di assistenza e i servizi di supporto forniti dal personale. Gli orari e l'organizzazione interna alla RSA dovranno pertanto essere non di tipo ospedaliero ma mirati a garantire risposte il più appropriate ai bisogni degli ospiti. Il modello organizzativo sarà quindi uniformato ai tempi ed ai ritmi del luogo in cui è collocata la struttura riproducendo nei limiti del possibile l'ambiente (della casa, della chiesa, del luogo di incontro).

Caratteristica fondamentale per le prestazioni di lavoro all'interno della R.S.A. è l'organizzazione per nuclei in cui operano gruppi di operatori ben definiti sia sotto l'aspetto numerico che professionale.

L'organizzazione dovrà garantire un lavoro per obiettivi con verifiche frequenti. Gli operatori, di qualsiasi professionalità, che intervengono nei vari progetti devono avere ben presente i ruoli e le competenze loro assegnate.

## Art. 19 - Il Personale delle RSA

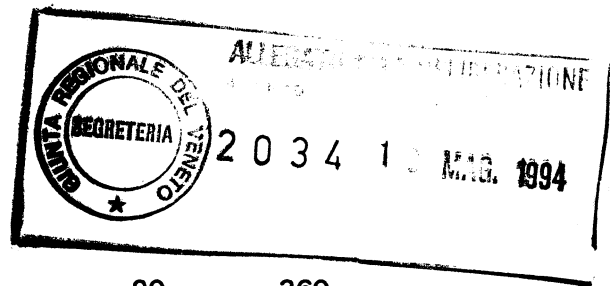
Per la determinazione degli standard si è tenuto conto non solo del rapporto costi benefici in termini economici ma anche in termini umani e sociali.

### STANDARD ORGANIZZATIVI DI PERSONALE

FIGURE PROF.LI	Modello di cura e rieducaz.		Modello di base di base	PIANO attuale
	indirizzo riabilitativo funzionale	indirizzo riabilitativo mentale		
1 - Coordinatore Socio-san.	90	90	90	60/120
2 - Infermiere prof.le	10	10	12	15
3 - Fisioterapista	30	60	60	60
4 - Educatore animatore	30	60	60	90
5 - Addetti Assistenza	2,2	2	2,4	2,5
6 - Logopedista	90	90	150	200
7 - Assist. Sociale	90	90	90	90
8 - Podologo	200	200	200	90
9 - Psicologo	120	120	150	
10- Medico di Base			180	120

11- Specialisti  
Ospedalieri  
(secondo  
convenzione)  
12- Geriatra o  
specialista Ulss

90                      90                      360



In riferimento alle figure professionali previste dallo standard regionale sopraindicato si ritiene utile precisare quanto segue:

- 1 Nel modello organizzativo di R.S.A. di cura e di recupero il coordinatore socio-sanitario può essere individuato nella figura dell'infermiere professionale o del terapeuta della riabilitazione. Entrambi dovranno avere comunque frequentato apposito corso di formazione specifica sulla base di appositi indirizzi forniti dalla Regione.
- 2 Nel modello organizzativo di R.S.A. di base le funzioni di coordinatore potranno essere svolte da un infermiere professionale, da uno psicologo, da un assistente sociale, da un terapeuta della riabilitazione o da altra figura simile.
- 3 Le figure di coordinamento dovranno quindi avere maggior valenza sanitaria nelle R.S.A. di cura e recupero, poiché maggiore è l'intervento di tipo curativo e riabilitativo;
- 4 Lo standard del modello organizzativo di cura e recupero prevede la figura dell'infermiere professionale nel rapporto di 1 ogni 10 ospiti al fine di garantire un'adeguata assistenza infermieristica nelle 24 ore. A tal riguardo è opportuno precisare che per garantire un'adeguata gestione delle risorse si ritiene necessaria l'aggregazione di almeno un modulo funzionale di 90 posti letto. Non è per esempio ipotizzabile la realizzazione di una R.S.A. di cura e recupero composta di un'unico nucleo in quanto per garantire un'adeguata assistenza infermieristica nelle 24 ore, anche eventualmente attraverso l'istituto della reperibilità, deve essere garantita la presenza di almeno 5 infermieri. Partendo poi dall'ipotesi che solo circa il 10-15% degli attuali anziani istituzionalizzati potrebbe trovare ospitalità nelle R.S.A. di cura e di recupero, si rende necessario potenziare la presenza infermieristica nelle R.S.A. di base prevedendo un rapporto di 1 infermiere ogni 12 ospiti non autosufficienti per garantire un'adeguata presenza infermieristica nelle 24 ore. Nell'ipotesi di tre o quattro nuclei risulta quindi funzionale il rapporto di 1 a 12 per garantire il numero minimo di 7 infermieri necessari per le turnazioni.
- 5 Per quanto riguarda gli addetti all'assistenza, come comunque pure per gli infermieri professionali, sono preferibili nuclei da 24-30 ospiti e loro multipli, per consentire una razionale impostazione dei turni di lavoro e quindi una razionalizzazione delle risorse. L'addetto all'assistenza previsto all'interno delle R.S.A. , inoltre, deve essere esclusivamente quello individuato dalla Regione Veneto con provvedimento n. 3446 del 24.06.1986. Altre figure con qualifiche diverse non garantirebbero quella qualità delle prestazioni indispensabile per il buon funzionamento delle strutture.
- 6 Mancando nel Veneto la figura del terapeuta occupazionale si ritiene opportuno prevedere un apposito percorso formativo degli attuali educatori animatori in "terapia occupazionale" a conclusione del triennio tale da garantire al riguardo una specifica formazione. Detta figura risulta infatti indispensabile sia nella R.S.A. di cura che in quella di base per garantire agli anziani non autosufficienti un esercizio riabilitativo non fine a sé stesso, ma con scopo produttivo (non lucrativo) o ricreativo. Il T.O. mira quindi al recupero o al mantenimento delle abilità residue attraverso appositi percorsi di terapia occupazionale.
- 7 Tra i terapeuti della riabilitazione, un ruolo estremamente significativo viene poi svolto da fisiochinesiterapista e dal logopedista la cui presenza è prevista all'interno delle R.S.A. in rapporto all'intervento riabilitativo.
- 8 Viene potenziato anche lo standard dell'Assistente sociale poiché sarà estremamente significativo il ruolo che lo stesso potrà svolgere anche all'interno dell'UOD.
- 9 Viene inoltre prevista la presenza dello psicologo per l'insostituibile ruolo di sostegno psicologico mirante a creare quelle motivazioni indispensabili per supportare qualsiasi intervento riabilitativo. Il ruolo di questa figura sarà inoltre significativo per la supervisione degli operatori sotto il profilo dello stress e del burn-out.

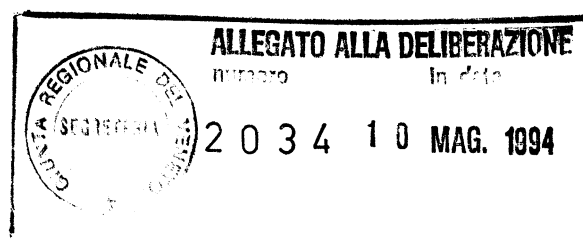
10 Per quanto riguarda la presenza medica la stessa viene prevista nella misura di un geriatra (se trattasi di anziani) o specialista ULSS (esempio neurologo, fisiatra, neuropsichiatra ecc.) ogni 90 ospiti non autosufficienti nella R.S.A. di cura e riabilitazione (10 ore settimanali ogni nucleo da 24-30 ospiti). Nella R.S.A. di base resta il medico di base con un rapporto di 1 ogni 180 ospiti (l'attuale standard di 18 ore settimanali ogni 60 ospiti non autosufficienti viene portato a 90 trattandosi di ospiti con patologie stabilizzate) e la presenza del geriatra o specialista ULSS avrà funzione di coordinamento nei confronti degli interventi terapeutico-riabilitativi, in un rapporto di circa 2 ore settimanali ogni nucleo di 24-30 ospiti. L'attività del geriatra o specialista ULSS dovrà assicurare:

- l'approvvigionamento delle risorse, in particolare dei farmaci, dei presidi, protesi, ausili
- il regolare funzionamento delle attrezzature elettromedicali
- la verifica dell'efficacia degli interventi
- il controllo della spesa
- l'attestazione delle condizioni di non autosufficienza.

11 Rispetto all'esposizione analitica delle figure professionali prevista dallo standard regionale si ritiene più funzionale l'eventuale accorpamento per area di alcune figure come da proposta sottoindicata, al fine di assicurare una maggior flessibilità gestionale alle strutture legata alla tipologia degli ospiti ivi presenti:

Figure professionali riabilitativa funzionale	riabilitativa mentale	R.S.A. di base	R.S.A.	R.S.A.
<b>Personale area sociale</b> (educatore animatore, assistente sociale)				
rapporto medio tra i due:		60	75	75
<b>Personale area riabilitativa - sanitaria</b> (fisioterapista, logopedista, psicologo)				
rapporto medio tra i 3:		80	90	120

12 . Per le figure dell'assistente sociale, del podologo e dello psicologo la presenza in organico non è vincolante al fine dell'identificazione di una struttura come RSA, trattandosi di figure miranti a migliorare la qualità del servizio e comunque reperibili attraverso convenzione con altri Enti.



## Art. 20 - Gli standard strutturali delle RSA

La definizione dei presenti standards strutturali viene fatta con riferimento:

- alla vigente normativa regionale e nazionale,
- alla realtà veneta, costituita da una preesistenza strutturale alquanto diversificata,
- alla esigenza di poter realizzare o riconvertire strutture in termini qualitativamente idonei, anche in presenza di preesistenze di non sempre facile riconversione, quali case di riposo, centri residenziali, ospedali dismessi e case di cura,
- alle esigenze di una attenta proiezione territoriale del problema, in termini di analisi della domanda, di analisi dell'esistente, di individuazione del fabbisogno diversificato (servizi e strutture), in una corretta integrazione fra i servizi a rete e il patrimonio strutturale, in considerazione sia del sociale che del sanitario.

Qualunque normativa strutturale potrà trovare l'interpretazione qualitativamente più idonea solo se riferita all'ambito territoriale di riferimento (piano di zona).

L'analisi del fabbisogno ha portato alla elencazione di una griglia delle possibili componenti, articolata in blocchi funzionali (area abitativa, servizi di nucleo, centro servizi, servizi sanitari, locali ausiliari, servizi generali, impianti tecnologici e connettivo), che, partendo dal D.P.C.M. del 22.12.1989 e tenendo conto della normativa e delle esperienze della Regione del Veneto, sono stati integrati ed affinati.

Tale griglia è la base di riferimento per individuare e verificare le componenti delle R.S.A. nelle sue diverse enunciazioni e specializzazioni, nonché nelle diverse situazioni di partenza (nuove realizzazioni, ristrutturazioni e riconversioni), relativamente al settore anziani prevalentemente non autosufficienti.

Le schede allegate, impostate su una griglia generalizzata di servizi, consentono di individuare gli specifici spazi funzionali di ciascuna situazione, evidenziando anche possibili specializzazioni in funzione dell'utenza e della gestione.

A tal fine i servizi di una struttura sono stati articolati nei seguenti spazi funzionali:

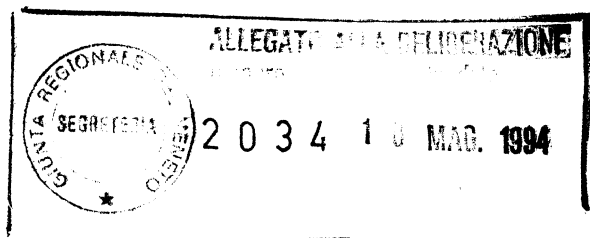
- essenziali, per garantire il servizio,
- integrativi, per affinare il servizio,
- alternativi, per particolari scelte di gestione,
- da potenziare o da ridurre in caso di specializzazione.

Per alternativi si intendono quegli spazi funzionali che possono essere diversamente dislocati o aggregati all'interno della struttura o che non sono necessari, se non in termini ridotti, perché il relativo servizio viene svolto all'esterno della struttura.

Ne risulta che rispetto alle componenti essenziali di una struttura, costantemente presenti, si potranno verificare le seguenti circostanze:

- a) con alcune integrazioni potrà essere affinato il servizio,
- b) con alcuni accorgimenti la struttura potrà essere specializzata e/o dotata di servizi aperti ad utenti esterni.

Tali integrazioni ed accorgimenti, peraltro limitati, sono descritti per ciascuna situazione di seguito descritta.



**A : R.S.A. base di nuova realizzazione**

- Tale struttura dovrà avere le seguenti caratteristiche:
- Organizzazione dell'area abitativa in nuclei
- Dimensioni del nucleo 16/24 posti letto
- Capacità ricettiva 60/90 posti letto.

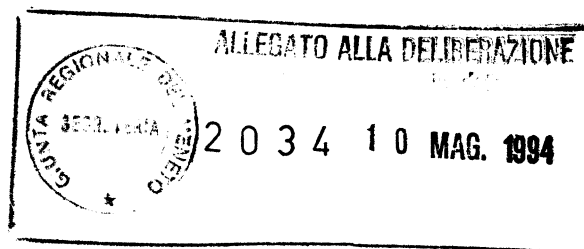
Alcuni servizi del nucleo, ad uso del personale di servizio, quali coordinamento del servizio e cucina ausiliaria, potranno essere comuni per 2 nuclei, purché in condizioni di contiguità e di complanarietà.

Considerando l'utenza e la gestione, i nuclei potranno essere specializzati, sia in termini di area abitativa che di servizi, tenendo però presente il concetto di flessibilità all'eventuale mutare dell'utenza.

Alcune funzioni del centro servizi e alcuni servizi sanitari potranno, soprattutto con il diminuire della capacità ricettiva, essere espletati in locali/spazi polivalenti, purché opportunamente predisposti.

Alcune funzioni del centro servizi e alcuni servizi sanitari potranno essere ridotti o esclusi, quando siano garantite la presenza e la fruibilità degli stessi nelle immediate adiacenze della strutture.

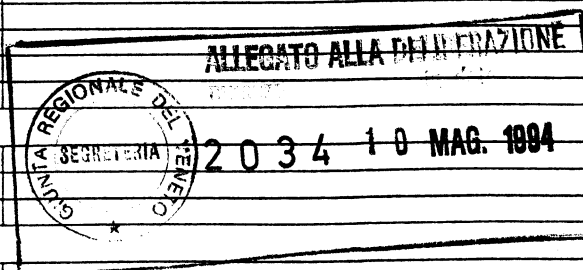
Alcuni servizi generali, quale la lavanderia, potranno essere ridotti o esclusi, quando si ricorre a soluzioni esterne alla struttura, che comunque, anche in tal caso, necessita di supporti minimi di riferimento.



Servizi	essenziali	integrativi	alternativi	da potenziare	da ridurre
---------	------------	-------------	-------------	---------------	------------

R.S.A. tipo | di nuova realizzazione  
di base

		essenziali	integrativi	alternativi	da potenziare	da ridurre
<b>a - Area abitativa</b>						
1a	Camere (bagno esterno)					
2a	Situazioni particolari					
3a	Camere con bagno	●				
4a	Situazioni particolari					
5a	Mini-alloggi completi		○			
6a	Alloggi normali					
7a	Alloggi speciali					
<b>b - Servizi di nucleo</b>						
1b	Coordinamento del servizio	●				
2b	Servizio igienico	●				
3b	Spogliatoi personale			Δ		
4b	Cucina ausiliaria	●				
5b	Sala da pranzo	●				
6b	Soggiorno	●				
7b	Bagno assistito	●				
8b	Vano lavapadelle		○			
9b	Ripostigli vari	●				
10b	Deposito		○			
11b	Ambulatorio					
12b	Locale/i attività varie					
13b	Servizi igienici					
<b>c - Centro servizi</b>						
1. 1c	Ingresso	●				
1. 2c	Guardaroba					
1. 3c	Amministrazione	●				
1. 4c	Assistenza sociale		○			
1. 5c	Assistenza domiciliare					
1. 6c	Servizi igienici	●				
2. 7c	Bar	●				
2. 8c	Ristorante	●				
2. 9c	Soggiorno	●				
2. 10c	Riposo diurno					
3. 11c	Sala polivalente	●				
3. 12c	Attività occupazionali	●				
3. 13c	Mostra e vendita					
3. 14c	Locale per il culto	●				
4. 15c	Cura della persona	●				
4. 16c	Bagno assistito					
4. 17c	Lavanderia-stireria ospiti		○			
4. 18c	Ripostiglio-deposito		○			
5. 19c	Foresteria		○			
<b>d - Servizi sanitari</b>						
1d	Ingresso					
2d	Attesa	●				
3d	Servizi igienici		○			
4d	Ambulatorio/i	●				
5d	Fisiochinesiterapia	●				
6d	Podologia	●				
7d	Palestra	●				
8d	Idroterapia		○			
9d	Altre attività sanitarie					
10d	Ripostiglio-deposito		○			
<b>e - Locali ausiliari</b>						
1e	Deposito materiale sanitario	●				
2e	Deposito/i ospiti		○			
3e	Camera mortuaria	●				
<b>f - Servizi generali</b>						
1f	Cucina	●				
2f	Lavanderia	●		Δ		
3f	Spogliatoi personale	●				
4f	Depositi e magazzini	●				
5f	Locale/i manutenzione		○			
6f	Garages di servizio		○			
7f	Parcheggi esterni		○			
8f	Parcheggi interni					
<b>g - Impianti tecnologici</b>						
g -	Impianti tecnologici	●				
<b>h - Connettivo</b>						
h -	Connettivo	●				



**B : R.S.A. ad un solo nucleo**

Questo tipo di RSA potrà essere previsto solo in casi eccezionali e previo inserimento nella programmazione locale tramite appositi strumenti (piano di zona o specifico accordo di programma) che definiscano adeguati criteri e costi di realizzazione e di gestione.

Rispetto alle componenti di una R.S.A. di base sono da considerare le seguenti varianti:

**1 - Servizi di nucleo:**

- restano essenziali il bagno assistito e i ripostigli vari;
- gli altri servizi potranno sussistere, ma anche, più opportunamente, essere conglobati nel centro servizi.

**2 - Centro servizi**

- conterrà tutti i servizi essenziali, ma ridotti, in termini di spazio, a quanto strettamente necessario, tenuto conto del limitato numero degli ospiti,

**3 - Servizi sanitari:**

- restano essenziali l'ambulatorio e la palestra;
- gli altri servizi potranno essere opportunamente espletati in locali polivalenti, purché adeguatamente predisposti (es. fisiochinesiterapia-palestra, podologia-cura della persona).

**4 - Servizi generali**

- saranno opportunamente ridotti a quanto strettamente necessario.

