



**Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati**

Indice

- A. Le Residenze sanitarie assistenziali
  - A1 – Tipologia di utenza ed elegibilità
  - A2 – La valutazione multidimensionale: l'Unità di Valutazione Territoriale e l'Unità di Valutazione Interna
  - A3 – I livelli di assistenza sanitaria
  - A4 – I livelli di assistenza sociale
  - A5 – Attribuzione del profilo assistenziale complessivo
  - A6 – Le procedure di inserimento e di dimissione
  - A7 – Il sistema dei controlli e pagamenti
  - A8 – I requisiti generali delle RSA
  - A9 – I requisiti organizzativi delle RSA
  - A10 – Le prestazioni da erogare
  - A11 – Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria
  - A12 – Standard di personale
  - A13 – Disposizioni particolari per i nuclei per pazienti Alzheimer
  - A14 – Disposizioni particolari per i nuclei dedicati a malati terminali e altri pazienti ad alta intensità assistenziale a totale carico del SSN
  - A15 – Il sistema delle tariffe
- B. Il Centro diurno integrato
- C. Percorso per la definizione del fabbisogno di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati
- D. Concertazione permanente e formazione continua
- E. Requisiti minimi strutturali e tecnologici delle RSA
  - E1 – Area destinata alla residenzialità (nucleo)
  - E2 – Area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)
  - E3 – Area destinata alla valutazione e alle terapie (servizi sanitari)
  - E4 – Area di supporto dei servizi generali e dei locali ausiliari



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **A - Le residenze sanitarie assistenziali**

Le residenze sanitarie assistenziali (di seguito denominate RSA) sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio, e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale.

Le RSA concorrono alla realizzazione di un sistema organico di servizi sociosanitari nel territorio regionale a favore delle persone anziane e di soggetti adulti non autosufficienti e delle loro famiglie, in grado di rispondere ai loro specifici bisogni e di contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione.

In questa ottica la RSA offre ai soggetti di cui sopra:

1. una sistemazione residenziale con una connotazione il più possibile familiare, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli ospiti;
2. gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni e a prevenirne il danno ulteriore;
3. un'assistenza individualizzata orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere.

In particolare i suddetti interventi, fortemente integrati in un continuum di cure di carattere sanitario e sociosanitario, sono diretti:

- a contrastare la perdita di autonomia, condizione che impedisce la permanenza della persona nel proprio domicilio o non ne consente il rientro dopo un periodo di ricovero in un presidio ospedaliero o in una struttura territoriale di riabilitazione globale a ciclo continuativo;
- al recupero psicofisico e al mantenimento delle capacità residue, in vista del reinserimento nel proprio domicilio e nella comunità di appartenenza.

In riferimento al bisogno dell'ospite e dei suoi familiari, le RSA possono fornire risposte, con differenziata intensità delle cure e durata della degenza, a esigenze di ricovero per:



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- osservazione medico-infermieristica, limitata nel tempo, dopo la risoluzione di un evento acuto grave senza necessità di accertamenti strumentali particolari e con terapia medica stabilizzata;
- attesa dell'adeguamento delle condizioni familiari o dell'ambiente domestico, in relazione alle mutate condizioni psico-fisiche, determinate dall'evento acuto, in soggetto anziano e/o disabile non autosufficiente;
- sollievo alla famiglia, per brevi periodi, anche ripetuti, nel caso di persone anziane e/o adulti con disabilità non autosufficienti;
- motivazioni di ordine sanitario e sociale, per periodi prolungati, nel caso di persone anziane e adulti non autosufficienti non più assistibili a domicilio.

### **A. 1 - Tipologia di utenza ed elegibilità**

Requisito fondamentale per l'accesso in RSA è che la persona non autosufficiente, bisognosa di interventi socio-sanitari, si trovi nelle condizioni obiettivamente verificate di non poter usufruire per motivi sanitari e/o sociali dell'assistenza in ambiente familiare.

L'utenza della RSA, così identificata, si caratterizza per la presenza delle seguenti condizioni:

- età adulta o fase della vita di prevalente interesse geriatrico;
- sensibile perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie connotate da comorbidità, severità e instabilità clinica, non tali da richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- necessità di assistenza tutelare comprensiva del mantenimento dei contatti sociali e di programmi di animazione;
- necessità di proseguimento di trattamenti riabilitativi in fase estensiva qualora non si configuri l'indicazione per un centro di riabilitazione globale a ciclo continuativo.

Possono essere quindi ospitati in RSA, a titolo esemplificativo, persone anziane e adulti, con un notevole grado di non autosufficienza e con un alto livello di fragilità:



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 1 - con prevalenti problemi fisici quali:

- ortopedici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto, dopo fratture, interventi di protesi, ecc.;
- neurologici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto di ictus cerebrale, lesioni neurologiche traumatiche o neurochirurgiche, malattie degenerative del sistema nervoso, ecc.;
- broncopneumopatici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto, interventi di lobectomia, interventi di pneumonectomia, ecc. ovvero per B.P.C.O. riacutizzata;
- cardiologici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto, dopo infarto del miocardio, angina pectoris, scompenso cardiaco, ecc.;
- polipatologici in pazienti provenienti dall'ospedale dopo un evento acuto, ma in fase di stabilizzazione o in precedenza seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con aggravamento del quadro clinico;
- affetti da sindrome ipocinetica.

### 2 - con problemi psichici quali:

- demenze ivi comprese quelle senili;
- alcune patologie psichiatriche stabilizzate, in cui predomina una disabilità derivante da comorbidità di tipo internistico/geriatrico; questa tipologia di utenza potrà essere ammessa ad ospitalità in RSA su proposta del Centro di Salute Mentale e comunque solo qualora la RSA sia dotata di personale specializzato.

### 3 - con rilevanti problemi sociali quali:

- l'esigenza di temporaneo sollievo per i familiari e/o per le persone che si prendono cura dell'assistito non autosufficiente ("caregivers");
- contesto socio-ambientale temporaneamente compromesso, tale da impedire l'assistenza a domicilio della persona non autosufficiente.

### 4 - con prevalenti problemi globali quali:

- esigenza di cure palliative in malati oncologici o in altri malati terminali;
- pazienti con necessità di assistenza sanitaria ad alta intensività non ospedaliera (es. stati vegetativi persistenti).



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Questa ultima tipologia di pazienti dovrà essere ospitata, a totale carico del SSN, in appositi nuclei così come previsto nel punto A. 14.

### **A. 2 - La valutazione multidimensionale: l'Unità di Valutazione Territoriale e l'Unità di Valutazione Interna**

L'inserimento in RSA deve essere valutato in relazione a fattori sanitari e sociali, considerati nella loro globalità e nel complesso delle loro interrelazioni, utilizzando apposite scale di valutazione multidimensionale, validate a livello nazionale e/o internazionale.

Tale valutazione, che deve configurarsi come una operazione dinamica e continua e che segue il paziente nel suo percorso assistenziale nella rete dei servizi territoriali e ne verifica nel tempo l'evoluzione, è affidata alla **Unità di Valutazione Territoriale (UVT)**, operante a livello distrettuale presso il Punto unico di accesso, così come definita nello specifico provvedimento (Deliberazione 7/5 del 21.2.2006).

L'UVT assolve ai seguenti compiti:

- analizza la domanda di intervento assistenziale e valuta la persona non autosufficiente secondo modalità multidimensionali;
- formula un progetto di massima, personalizzato per garantire alla persona un percorso assistenziale nella rete dei servizi, anche tenuto conto delle esigenze dell'interessato e delle condizioni familiari e relazionali.

L'UVT individua al suo interno il *case manager* del singolo assistito per la gestione dello stesso nel percorso di rete.

Presso ogni RSA deve essere costituita una **Unità di Valutazione Interna (UVI)** con compiti di:

- presa in carico globale dell'ospite all'interno della struttura;
- valutazione continua della persona ricoverata secondo modalità multidimensionali;
- formulazione e gestione di un progetto personalizzato per ogni singolo ospite (Piano assistenziale individuale);
- interrelazione periodica con l'UVT riguardo all'andamento del progetto e ai risultati conseguiti fino alla dimissione;
- proposta all'UVT di soluzioni alternative per il passaggio dell'utente ad altre forme di assistenza.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Si rimarca la necessità che l'UVI effettui una presa in carico dell'ospite anche individuando un *case manager* che gestisca l'ospite all'interno della RSA e che se ne faccia carico anche successivamente al momento della dimissione in coordinamento con il *case manager* della UVT.

Le Unità di Valutazione Territoriali e le Unità di Valutazione Interne devono continuare ad utilizzare, sino a nuove disposizioni, le schede già individuate con determinazione del direttore generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n. 2347, trasmesse alle aziende USI con nota n. 42862 del 30 novembre 2004. Tali schede non sostituiscono ma affiancano gli altri strumenti, comunemente utilizzati al fine di esplorare in maniera sistematica le diverse aree problematiche - l'area della autonomia funzionale, la situazione clinica, l'area cognitivo mentale e sociale - concorrenti alla valutazione globale della persona non autosufficiente.

Al fine di rendere condivisibile la valutazione multidimensionale tra i diversi soggetti coinvolti nella presa in carico della persona anziana e/o non autosufficiente questa dovrà essere formulata preferibilmente utilizzando procedure informatizzate, condivise in rete dai servizi territoriali e ospedalieri che, a vario titolo, sono coinvolti. I percorsi assistenziali di rete risulteranno così semplificati ed efficienti, fondati sulla omogenea condivisione dei sistemi valutativi.

### **A. 3 - I livelli di assistenza sanitaria**

La RSA offre livelli di assistenza sanitaria differenziati che possono essere modulati, sulla base della intensità delle cure, come segue:

#### *1. Livello di assistenza sanitaria basso*

Questo livello è riferito a pazienti definiti stabili (classe 0 secondo la scala di Bernardini e altri), che necessitano di assistenza medica o infermieristica di base erogabile a domicilio purché in presenza di un adeguato supporto dei familiari e della rete dei servizi territoriali. La temporanea carenza di una rete di servizi territoriali giustifica l'inserimento in RSA di tali tipologie di utenti. Rientrano in questa tipologia anche i soggetti difficilmente assistibili a domicilio per un mix di problematiche sanitarie, sociali e ambientali, e i soggetti con disabilità stabilizzati ai quali è necessario un periodo limitato di ricovero in RSA per impossibilità a permanere nel proprio domicilio, compreso il sollievo temporaneo alla famiglia.

#### *2. Livello di assistenza sanitaria moderato*



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Questo livello è riferito a pazienti definiti moderatamente stabili (classe 1 secondo la scala di Bernardini e altri), con patologie croniche stabilizzate o in fase di avanzata stabilizzazione, che richiedono comunque interventi sanitari con consumo di risorse limitate (non necessitanti di indagini strumentali particolari, di terapia medica innovativa o con farmaci di alto costo, di assistenza integrativa particolare, ecc.).

### 3. *Livello di assistenza sanitaria medio*

Questo livello è riferito a pazienti definiti moderatamente instabili (classe 2 secondo la scala di Bernardini e altri), che necessitano di interventi sanitari più impegnativi e di monitoraggio con indagini strumentali ripetute, di terapia medica innovativa o con farmaci di alto costo, di un elevato grado di assistenza integrativa (pazienti cateterizzati o con stomie varie), di medicazioni frequenti, ecc..

## **A. 4 – I livelli di assistenza sociale**

I livelli di assistenza sociale vengono formulati con riguardo al grado di perdita dell'autonomia, riferita allo svolgimento delle attività quotidiane (consumo dei pasti, cura della persona e del suo aspetto), al grado di sorveglianza generica richiesta, all'accompagnamento e supporto di cui necessita l'utente, alla ridotta capacità di socializzazione. Ai diversi livelli di assistenza sociale corrispondono quindi valutazioni di perdita dell'autonomia graduate, che possono essere effettuate tramite la Scala di Barthel.

### 1. *Livello di assistenza sociale medio*

Riferibile a pazienti con perdita di autonomia media (classe da 11 a 15 secondo la scala di Barthel), che necessitano di assistenza per compiere una parte limitata delle attività quotidiane e delle attività di socializzazione.

### 2. *Livello di assistenza sociale medio-alto*

Riferibile a pazienti con perdita di autonomia medio-alta (classe da 6 a 10 secondo la scala di Barthel), che necessitano di assistenza per compiere una considerevole parte delle attività quotidiane e delle attività di socializzazione.

### 3. *Livello di assistenza sociale alto*

Riferibile a pazienti con perdita di autonomia grave (classe da 0 a 5 secondo la scala di Barthel), che necessitano di assistenza per compiere quasi tutte le attività quotidiane e le attività di socializzazione.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **A. 5 - Attribuzione del profilo assistenziale complessivo**

L'UVT individua per ogni paziente un *profilo assistenziale complessivo* che deriva dalla composizione dei singoli livelli di assistenza sanitaria e sociale, secondo le diverse articolazioni riportate nella tabella A.

Qualora, nel corso del ricovero presso la RSA, il sopraggiungere di mutamenti riguardanti lo stato psico-fisico dell'ospite modifichi il livello assistenziale sanitario e/o sociale, e quindi il *profilo assistenziale complessivo*, l'UVT provvede ad inoltrare richiesta di una nuova valutazione multidimensionale all'UVT. In tali casi l'UVT provvederà ad effettuare, entro 10 giorni, una nuova valutazione multidimensionale, confermando o modificando il profilo assistenziale proposto. L'eventuale nuova tariffa decorre dal momento della richiesta di modifica.

Ai diversi profili assistenziali complessivi corrispondono consumi differenziati di risorse, i cui costi verranno valutati ai fini della definizione della relativa tariffa.

In caso di ricovero ospedaliero deve essere garantita la conservazione del posto letto in residenza per 10 giorni, durante i quali verrà applicata una riduzione della tariffa, definita nei contratti di fornitura delle aziende Usl con i soggetti erogatori, non inferiore al 25%.

### **Tabella A – Classificazione dei profili assistenziali**





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Profilo assistenziale complessivo	Composizione del profilo assistenziale sulla base dei livelli assistenziali sanitario e sociale
1	Livello sanitario medio /livello sociale alto
2	Livello sanitario medio/ livello sociale medio-alto
3	Livello sanitario medio/ livello sociale /medio
4	Livello sanitario moderato//livello sociale alto
5	Livello sanitario moderato /livello sociale medio-alto
6	Livello sanitario moderato /livello sociale medio
7	Livello sanitario basso/livello sociale alto
8	Livello sanitario basso/livello sociale medio-alto
9	Livello sanitario basso/livello sociale medio

**A. 6 - Le procedure di inserimento e di dimissione**

La richiesta d'inserimento in RSA viene presentata al Punto unico d'accesso operante presso il distretto sanitario di residenza dell'utente da uno dei seguenti soggetti:

- il soggetto interessato e/o i suoi familiari;
- il medico di assistenza primaria che ha in cura il paziente;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- l'unità operativa ospedaliera presso cui la persona si trova ricoverata;
- il servizio sociale professionale del Comune di residenza;
- altre strutture territoriali residenziali in cui il soggetto non autosufficiente è ospitato.

Il Punto unico d'accesso sottopone la richiesta all'UVT, che di norma si esprime sull'inserimento degli utenti residenti nel proprio territorio di competenza; qualora l'utente sia ospitato in una struttura ospedaliera o territoriale ubicata in altra azienda Usl, la valutazione potrà essere delegata all'UVT nel cui ambito è ubicata la struttura, previa accordi tra le aziende Usl interessate.

Nel caso in cui l'utente provenga dal proprio domicilio o da altra struttura residenziale territoriale, la UVT si pronuncia entro 10 giorni. L'Azienda Usl assicura, in caso di bisogni urgenti, una valutazione tempestiva da parte dell'UVT. Qualora il paziente provenga da un reparto ospedaliero, la richiesta di valutazione multidimensionale, da parte dell'unità operativa ospedaliera, dovrà essere effettuata almeno quattro giorni prima della dimissione programmata, con obbligo, per l'UVT, di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, onde permettere la dimissione ospedaliera nei tempi previsti.

L'ammissione in RSA è subordinata al parere positivo espresso dall'UVT, che costituisce il presupposto per l'avvio delle procedure di presa in carico dell'assistito, sia da parte dell'azienda Usl sia da parte del Comune di residenza del paziente, anche ai fini della eventuale corresponsione da parte di quest'ultimo della quota della retta prevista dal DPCM 14.11.2001, a copertura delle prestazioni di carattere sociale, quando previste.

Secondo quanto previsto dal protocollo d'intesa ANCI, Sezione Sardegna - Assessorato all'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, di cui alla delibera della Giunta regionale n. 52/12 del 15.12.2004, il Comune di residenza, nel più breve tempo possibile e comunque entro 15 giorni dalla comunicazione da parte del Punto unico d'accesso, dovrà provvedere:

- ad accertare le risorse economiche di cui dispone l'utente per la contribuzione agli oneri relativi alla quota sociale;
- ad assumere gli eventuali impegni di spesa a carico del Comune per la durata dell'inserimento, secondo le modalità previste dagli specifici regolamenti locali.

Le aziende Usl (e al loro interno i presidi ospedalieri e i distretti) e i Comuni individuano modalità di raccordo per l'adozione di percorsi condivisi, finalizzati allo snellimento delle procedure sopraindicate e curano la predisposizione di un apposito regolamento per la gestione delle liste di attesa, indicando i criteri e le priorità di ammissione in RSA tenendo conto:

- delle esigenze clinico-assistenziali-riabilitative;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- delle esigenze di carattere sociale;
- della vicinanza alla comunità di provenienza (domicilio abituale) del paziente;
- delle preferenze espresse dalla persona e/o dai familiari.

Il programma assistenziale predisposto dalla UVT deve contenere l'indicazione dei tempi di permanenza in RSA, che comunque non possono superare i 12 mesi consecutivi, salvo i casi previsti al punto A. 14 del presente documento, e di norma non possono essere inferiori a giorni 30. Il programma proposto dalla UVT dovrà contenere la previsione di massima del successivo percorso di rete per l'assistito. Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare il ricovero, l'eventuale proposta di prosecuzione deve essere inviata, da parte dell'UVI, almeno quindici giorni prima della scadenza e deve contenere l'aggiornamento della valutazione e la riformulazione del piano assistenziale individuale. Su tale richiesta si deve esprimere l'Unità di valutazione territoriale almeno tre giorni prima dalla data di scadenza del termine del piano di assistenza.

La documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, contenuta nella cartella clinica ospedaliera o di altra struttura residenziale di provenienza, dovranno essere rese accessibili all'UVT e alla RSA, al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale. La condivisione della documentazione attraverso strumenti informatici, oltre che assicurare tale opportunità, dovrà rispettare le norme sulla sicurezza dei dati.

La dimissione viene effettuata dal medico di struttura, su proposta dell'UVI in accordo con l'UVT, garantendo il coordinamento con il Punto unico d'accesso al fine di favorire le soluzioni assistenziali più appropriate nei confronti del soggetto in dimissione e la continuità del percorso di cura. Gli accordi tra aziende Usl, Comuni e soggetti erogatori dovranno obbligatoriamente specificare in maniera puntuale le procedure per le dimissioni al fine di assicurare la continuità del percorso assistenziale.

### **A. 7 – Il sistema dei controlli e pagamenti**

Le aziende Usl assicurano un costante monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate per verificarne la congruità e l'appropriatezza rispetto alle valutazioni multidimensionali effettuate e al piano assistenziale individuale redatto.

Le prestazioni di ricovero in RSA non sono soggette alla compensazione infraregionale per la mobilità sanitaria; pertanto le RSA fatturano le prestazioni direttamente alla azienda Usl di residenza dell'utente. I pagamenti sono effettuati nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 16 della Legge Regionale 29.04.2003 n. 3 (Legge finanziaria 2003), che disciplina i contratti di fornitura di beni e di servizi in materia sanitaria; i



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

contratti tra aziende Usl ed erogatori possono prevedere formule di pagamento in parte anticipate rispetto alla definitiva conclusione delle attività di verifica e controllo, salvo conguaglio. A tal fine l'inserimento presso RSA ubicate in aziende Usl diverse da quelle di residenza dell'assistito deve essere autorizzato dall'UVT del distretto di residenza.

### **A. 8 – I requisiti generali delle RSA**

Le RSA devono conservare, per quanto possibile, condizioni di vivibilità simili a quelle delle abitazioni, garantendo nel contempo qualità del servizio e delle procedure assistenziali: è richiesta quindi una articolazione della struttura capace di coniugare una razionale ed efficiente organizzazione e gestione del servizio con l'esigenza di riprodurre il più possibile un ambiente domestico e a misura dei bisogni complessivi di salute della persona accolta in struttura, favorendone la personalizzazione e riducendone l'anonimato. Le principali caratteristiche qualitative da rispettare sono la fruibilità e la flessibilità degli spazi con una concezione architettonica che preveda da un lato la centralità delle aree comuni per il tempo libero e la socializzazione, e dall'altro la sicurezza, la riservatezza, la facilità di orientamento e la personalizzazione degli spazi ad uso privato.

Le RSA devono preferibilmente essere localizzate:

- in ambiti urbani già consolidati o in aree in via di sviluppo programmato in modo da essere facilmente accessibili;
- in zone dotate di trasporti pubblici e di facile collegamento con gli altri presidi sanitari e socio-assistenziali;
- in zone prive di fonti di inquinamento atmosferico, lontane da fonti di rumori molesti e da sedi stradali di grande traffico.

La capacità ricettiva della RSA deve essere compresa tra i 40 ed i 120 posti letto. Le RSA sono articolate in moduli omogenei o nuclei, ciascuno composto da 20/25 posti letto; le strutture preesistenti o già operative al momento dell'entrata in vigore delle presenti Linee di indirizzo, e i completamenti di tali strutture possono richiedere l'autorizzazione per moduli di diversa dimensione, sulla base di adeguate motivazioni relative a specifiche e preesistenti esigenze organizzative e gestionali. I moduli sono organizzati tenuto conto del carico assistenziale richiesto.

In ogni RSA sono presenti diverse aree funzionali così articolate:



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. area destinata alla residenzialità (nuclei), comprendente le camere e i servizi di nucleo, per i quali deve essere garantito il massimo livello di riservatezza e una sostanziale autonomia di servizi ed attrezzature; sono questi gli spazi riconducibili al concetto di casa nel quale l'ospite, specie se non autosufficiente, trascorrerà la maggior parte del suo tempo;
2. area destinata alla socializzazione e alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva), i cui spazi devono comunque essere collocati in prossimità dei nuclei e ad essi agevolmente collegati;
3. area destinata ai servizi sanitari;
4. area di supporto dei servizi generali e dei locali ausiliari.

I requisiti minimi strutturali e tecnologici richiesti sono riportati nell'apposito allegato e sono verificati periodicamente dalla Regione con la collaborazione delle aziende Usl territorialmente competenti.

### **A. 9 – I requisiti organizzativi delle RSA**

La collocazione delle RSA come punto di snodo tra le strutture sanitarie e quelle socio-assistenziali esige una cultura dell'accoglienza e della cura sostanzialmente differente da quella normalmente rinvenibile nelle strutture sanitarie di ricovero: la vita quotidiana di questa tipologia di struttura dovrà pertanto svolgersi nello sforzo e nella ricerca delle migliori modalità di convivenza e integrazione per stimolare negli ospiti le residue capacità. A tal fine la RSA dovrà perseguire una organizzazione della convivenza che favorisca la socializzazione all'interno di un mix equilibrato di ospiti (anziani non autosufficienti, portatori di patologie invalidanti, deambulanti o non deambulanti, malati psichiatrici stabilizzati ecc.), con lo scopo di non creare condizioni depressive legate alla concentrazione di problemi di identica natura e nella quale la stessa produzione dei servizi (cucina, guardaroba, accoglienza degli ospiti) deve costituire, ogni volta che è possibile e per le persone che conservano anche un minimo di efficienza, momenti di coinvolgimento e richiamo delle memorie e delle capacità.

Considerato altresì che uno degli aspetti più problematici delle strutture residenziali è la sensazione vissuta dagli ospiti (sia da quelli destinati a permanenze più brevi, sia da quelli per i quali si prospetta un tempo di ricovero lungo) di essere abbandonati a se stessi, la organizzazione della RSA dovrà incoraggiare e sollecitare la partecipazione dei parenti alla vita della casa, non limitandola ad occasioni più o meno importanti ma facendone un elemento essenziale di buon funzionamento e di qualità, compresa l'informazione sui contenuti del Piano Assistenziale dell'ospite. Dovranno essere disponibili spazi adeguati di incontro tra famiglie e ospiti e deve essere favorita la collaborazione con le associazioni di mutuo aiuto ed il volontariato territoriale, che possono contribuire al soddisfacimento di specifiche esigenze (di informazione, di socializzazione, ecc.) degli ospiti e dei loro familiari, nel rispetto dell'autonomia e privacy degli stessi. E'



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

auspicabile che, all'interno della RSA, sia favorita la costituzione di un comitato di familiari degli ospiti con l'obiettivo di un coinvolgimento attivo alla vita della struttura anche ai fini del miglioramento della qualità dei servizi erogati.

### **A. 10 – Le prestazioni da erogare**

Le RSA devono garantire nei confronti degli ospiti le seguenti prestazioni assistenziali:

#### Assistenza sanitaria

- a. assistenza medica generale e specialistica, correlata alla tipologia e allo stato di gravità degli ospiti;
- b. assistenza infermieristica;
- c. assistenza riabilitativa per il mantenimento e consolidamento delle abilità acquisite e per contrastare riacutizzazioni e regressioni;
- d. assistenza psicologica;
- e. consulenza e controllo dietologico;
- f. assistenza farmaceutica, protesica e integrativa.

#### Assistenza sociale

- a. assistenza alla persona e di tipo tutelare per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, per il mantenimento e il miglioramento del grado di autonomia della persona;
- b. riattivazione psico-sociale attraverso attività di animazione, ludico-ricreativa per il mantenimento e il miglioramento delle capacità cognitive e per l'integrazione e il raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

Tutte le attività sanitarie e sociali devono essere svolte garantendo:

- un approccio unitario e globale al paziente sia nel momento valutativo (valutazione multidimensionale) sia nel momento erogativo (interventi multidimensionali);
- interventi integrati medico-infermieristico-psicologico assistenziale;
- lavoro in equipe;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- approccio all'integrazione socio-ambientale mantenendo un rapporto costante con l'ambito territoriale di riferimento, attraverso il coinvolgimento dei nuclei familiari e parentali, degli enti locali e delle associazioni che si occupano di assistenza agli anziani ed ai disabili.

### **A. 11 – Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria**

#### Assistenza medica generale

Per assistenza medica generale si intende l'assistenza sanitaria di base: essa, infatti, deve essere garantita anche all'assistito ospite in RSA. In una accezione vasta questa tipologia di assistenza si identifica, di norma, in una assistenza sanitaria di base con livelli di intervento sanitario di media-bassa intensità. Considerata comunque la particolare tipologia di assistenza degli ospiti della RSA e, soprattutto in relazione alla organizzazione dell'assistenza, questa deve essere erogata dal Medico di struttura con impegno orario di almeno 36 ore settimanali e comunque proporzionato alla capacità operativa complessiva. I costi dell'assistenza medica generale sono compresi nella quota sanitaria della tariffa giornaliera prevista nel presente documento.

Non è consentita nessuna prescrizione, su ricettario SSN, in favore di soggetti ospiti delle RSA, per tutto il periodo di permanenza, anche nell'eventuale parentesi di un ricovero ospedaliero e comunque fino al rientro al domicilio. L'inserimento dell'assistito in RSA non comporta, comunque, la sua cancellazione dall'elenco del proprio medico di medicina generale.

La continuità assistenziale può essere garantita anche dai medici di continuità assistenziale in stretta collaborazione con il medico di struttura.

#### Assistenza farmaceutica

L'erogazione dell'assistenza farmaceutica è effettuata nel rispetto della vigente normativa in materia di appropriatezza prescrittiva, piani terapeutici, note AIFA (ex CUF) e farmacovigilanza con particolare riferimento alla segnalazione di reazioni avverse.

L'assistenza farmaceutica è riferita:

- a) all'erogazione delle specialità medicinali, farmaci generici e prodotti galenici relativi alle patologie presentate dal soggetto ospite;
- b) all'erogazione dei dispositivi e del materiale di consumo necessari alla somministrazione dei medicinali (deflussori, aghi a farfalla, cerotti, cotone, garze, ecc.).



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

I prodotti di cui al precedente punto a) sono forniti direttamente dall'azienda UsI su cui insiste la RSA. La prescrizione dovrà essere effettuata con riferimento al Prontuario Terapeutico Regionale e al Prontuario Terapeutico ai sensi della delibera della Giunta regionale n°61/49 del 20.12.2005.

I medicinali compresi nel PHT (*Prontuario della distribuzione diretta per la continuità assistenziale Ospedale-Territorio*), di cui alla Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 (tra i quali sono compresi i farmaci per l'Alzheimer, gli antipsicotici, gli interferoni) dovranno essere prescritti coerentemente con le procedure previste dal Decreto AIFA, per quanto concerne la diagnosi e il piano terapeutico rilasciato dai centri specialistici autorizzati dalla Regione e il costante monitoraggio del profilo benefici-rischi e per la sorveglianza epidemiologica dei farmaci.

Le aziende UsI interessate dovranno inserire i dati relativi all'erogazione diretta di tali farmaci presso le RSA nei flussi riguardanti il "FILE F" anche ai fini della eventuale compensazione intraregionale e interregionale.

Il medico di medicina generale non può prescrivere farmaci su ricettario SSN nei confronti dei pazienti ospiti di RSA.

I prodotti di cui al punto b) dovranno essere erogati direttamente dalla RSA e i relativi costi sono compresi nella retta sanitaria.

### Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica compresa nella quota sanitaria della tariffa si riferisce a:

- consulenze specialistiche (geriatriche, neurologiche, fisiatriche, cardiologiche, ecc.) necessarie alla formulazione e alla verifica del Piano Assistenziale Individuale dell'ospite;
- consulenze specialistiche necessarie per la gestione delle patologie di base dell'ospite (consulenza cardiologica, neurologica, reumatologica, ortopedica, ecc.);
- prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio necessarie al monitoraggio delle patologie di base (ECG, RX, emocromo completo, VES, glucosio, azotemia, creatinina, bilirubina totale e frazionata ALT, AST, colinesterasi, gamma GT, LDH, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, proteine totali, elettroforesi proteica, sodio, potassio, calcio, uricemia, urine esame chimico, fisico e microscopico). Gli esami di laboratorio e l'ECG basale devono essere effettuati in relazione alle esigenze del paziente, comunque con una frequenza almeno quadrimestrale per i pazienti ospiti per periodi prolungati. La radiografia standard del torace deve essere effettuata in relazione alle esigenze del paziente.





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le consulenze specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, che si rendessero necessarie a seguito di eventi acuti non correlati alla patologia di base (insorti durante il ricovero in RSA e non compresi quindi nella quota sanitaria) possono essere erogate secondo le seguenti modalità:

- a. direttamente dai presidi specialistici dell'azienda Usl su cui insiste la RSA su richiesta del medico di struttura e comunque secondo le norme previste in materia di assistenza specialistica;
- b. dai soggetti privati accreditati con la azienda Usl su cui insiste la RSA, in maniera del tutto eccezionale ed esclusivamente nei casi in cui la azienda Usl lo ritenga necessario onde evitare disagi agli assistiti; in tali casi gli accordi contrattuali dovranno specificamente contenere le modalità esplicative.

Potranno essere stipulati appositi accordi con le aziende Usl interessate per garantire l'erogazione presso la RSA di prestazioni di assistenza specialistica non comprese nella quota sanitaria della tariffa.

In tutte queste ipotesi le prestazioni specialistiche erogate in favore di ospiti non residenti nel territorio dell'azienda Usl, dovranno essere inserite nei flussi riguardanti il "FILE C" anche ai fini della eventuale compensazione intraregionale e interregionale.

### Assistenza protesica e integrativa

E' compresa nella quota sanitaria della tariffa, e quindi a totale carico della RSA, l'erogazione agli ospiti delle classi di ausili, attualmente comprese nel D.M. n. 332 del 27.08.1999, di seguito indicate:

- |    |  |               |
|----|--|---------------|
| a. | ausili per stomie                                    | codice 09.18; |
| b. | ausili per prevenzione e trattamento lesioni cutanee | codice 09.21; |
| c. | cateteri vescicali ed esterni                        | codice 09.24, |
| d. | raccoglitori per urina                               | codice 09.27; |
| e. | ausili assorbenti l'urina                            | codice 09.30. |

La restante assistenza protesica e quella integrativa è a carico dell'azienda Usl di residenza dell'assistito e l'erogazione avviene secondo le procedure previste dalla normativa nazionale e regionale vigente. Potranno essere stipulati appositi accordi con le aziende Usl interessate per garantire l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica non comprese nella quota sanitaria della tariffa presso la RSA e/o percorsi privilegiati finalizzati allo snellimento delle procedure prescrittive.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **A. 12 - Standard di personale**

La dotazione organica delle RSA dovrà essere correlata alla dimensione della struttura e alla tipologia degli ospiti sulla base dei livelli di assistenza sanitaria e sociale.

Nella tabella di seguito riportata è indicata la dotazione quali-quantitativa minima riferita ad una RSA di medie dimensioni (60 posti letto) e ad un case-mix di ospiti necessitanti di un livello di assistenza complessivo medio; la dotazione riportata riguarda esclusivamente le figure deputate all'assistenza sanitaria e sociale (assistenza medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa, assistenza alla persona, assistenza ricreativa ed occupazionale, sostegno all'autonomia).

Dovrà essere previsto anche personale dedicato ai servizi generali (attività amministrative, di segreteria, di portineria, di pulizia della struttura, di preparazione dei pasti e di lavanderia, ecc.). Alcune di queste attività di supporto possono essere gestite anche mediante l'affidamento all'esterno, previa regolamentazione formalizzata delle modalità di effettuazione del servizio.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Dotazione minima di personale riferito ad una RSA di 60 posti letto  
e per un mix di assistenza di livello medio**

<b>Figura professionale</b>	<b>Numero di operatori</b>	<b>Ore impegno settimanale minimo per operatore</b>
Direttore di Struttura	1	18
Direttore Medico	1	18
Medico di Struttura	1	36
Geriatra	1	8
Fisiatra o altro specialista	1	4
Psicologo	1	16
Coordinatore dell'assistenza*	1	36
Infermiere professionale**	7	36
Fisioterapista	2	36
Animatore/educatore	2	36
Operatore Socio-Sanitario tra cui Coordinatore di nucleo secondo necessità	30	36
Assistente Sociale	1	5
Dietologo	1	3

\* La figura di *coordinatore dell'assistenza* deve essere assicurata da un infermiere professionale possibilmente inquadrato nella qualifica di collaboratore professionale esperto.

\*\* La figura dell'*infermiere professionale*, considerata l'attuale carenza di tale figura in ambito regionale, può essere provvisoriamente sostituita, fino alla concorrenza del 20%, dalla figura dell'infermiere generico o dell'operatore socio-sanitario, nei casi di accertata obiettiva impossibilità di acquisire un numero sufficiente di unità. Tale possibilità, temporanea e provvisoria, si intende limitata al periodo di vigenza degli accordi contrattuali tra le aziende Usl e gli erogatori e dovrà essere esplicitamente menzionata negli stessi contratti.

Al personale a rapporto di lavoro dipendente va applicato il contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria. Le aziende Usl richiedono esplicite garanzie di rispetto dei CCNL da parte dei soggetti erogatori, nonché il contenimento dell'utilizzo di personale non assunto con regolare rapporto di lavoro a tempo indeterminato.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Particolare rilievo rivestono nell'organizzazione della RSA alcune figure quali il direttore di struttura, il direttore medico e il coordinatore dell'assistenza.

Il *direttore di struttura* è responsabile della gestione complessiva delle attività della RSA, compresa la gestione del personale e la formazione delle diverse figure professionali operanti nella struttura. Cura l'elaborazione e la diffusione delle norme di convivenza, degli orari, delle opportunità per l'impiego del tempo ricreativo, dell'accoglienza dei parenti.

E' garante del rispetto della privacy dei ricoverati, sia per quanto riguarda la vita personale, sia per la provenienza, la famiglia, le prospettive di permanenza nella casa, la salute, le cure alle quali sono sottoposti. Cura con particolare attenzione il rapporto con le famiglie degli ospiti.

Provvede alla elaborazione (e alla periodica revisione) di una Carta dei Servizi, documento obbligatorio a norma del D.P.C.M. 19.05.1995 e delle linee guida emanate dal Ministero della Sanità, basato non su formulazioni standardizzate, ma sull'effettiva articolazione della struttura e dei servizi che vengono garantiti.

Nella Carta dei Servizi devono essere obbligatoriamente indicati:

- la retta richiesta all'ospite o al soggetto che provvede al pagamento;
- le attività e i servizi erogati compresi nella retta;
- le attività e i servizi garantiti a richiesta, non compresi nella retta, con l'indicazione delle relative tariffe;
- le modalità di accesso dei soggetti esterni (parenti, volontari, ecc.), le regole di vita comunitaria, le modalità con cui sono effettuate le ammissioni e le dimissioni, le modalità e i limiti per l'utilizzo di arredi e suppellettili personali.

Le funzioni del *direttore medico* sono finalizzate a garantire il regolare svolgimento delle attività sanitarie complessive della RSA: in particolare favorisce l'accesso dei medici di medicina generale degli ospiti (al fine di garantire completa cognizione di tutti i momenti dell'attività sanitaria erogata in favore del proprio assistito) ed assicura un numero di accessi settimanali dei medici delle varie specialità, coerente con le esigenze degli ospiti, garantendo il coordinamento tra le varie figure specialistiche. Assicura l'esame e la discussione dei singoli casi anche valutando i risultati della permanenza nella RSA, le prospettive, gli eventuali processi degenerativi o di miglioramento e recupero. Garantisce inoltre le prestazioni di assistenza farmacologica, integrativa e protesica necessarie.

Il direttore medico della struttura è impegnato a stimolare le occasioni d'incontro e di confronto dei diversi operatori addetti all'assistenza sanitaria e cura l'elaborazione di linee guida e di percorsi diagnostico



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

terapeutici per le diverse tipologie di patologia sofferte dagli ospiti. In queste attività il direttore medico è coadiuvato dal medico di struttura.

Alla piena realizzazione dei compiti gestionali della direzione medica collabora la figura del *coordinatore dell'assistenza* che presidia le fasi attraverso le quali si perviene a risultati di benessere per gli ospiti. Esso è il referente per gli ospiti, i familiari, gli operatori, la direzione della struttura e il direttore medico e coordina con il medico di struttura le attività dei nuclei mediante l'istruzione dei problemi. La sua professionalità è quella di un infermiere professionale esperto, all'uopo specificamente formato.

Le strutture attualmente autorizzate al funzionamento e operanti dovranno provvedere gradualmente all'adeguamento dei propri organici agli standard minimi individuati in tempi coerenti con il completamento del percorso per la definizione del fabbisogno di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati di cui al punto C del presente provvedimento.

### **A. 13 - Disposizioni particolare per i nuclei per pazienti Alzheimer**

Il nucleo per pazienti Alzheimer deve essere collocato in una parte della struttura immediatamente comunicante con gli spazi comuni e con quelli esterni in considerazione delle esigenze degli ospiti bisognosi di spazi ampi e di itinerari riconoscibili e agevolmente percorribili, anche mediante l'uso di colori e materiali e con la valorizzazione di elementi naturali di diverso cromatismo. I percorsi saranno guidati da mancorrenti agevolmente impugnabili in materiale caldo e riconoscibile, mentre la pavimentazione sarà anch'essa priva di spigoli e adeguatamente colorata.

L'obiettivo perseguibile, allo stato attuale delle conoscenze cliniche e psicosociali, non è il superamento della patologia o il recupero delle facoltà perdute bensì il miglioramento della qualità di vita e il rallentamento dei processi degenerativi, obiettivi che giustificano il maggior impegno di risorse di personale e di professionalità.

Non è prevista una differenziazione qualitativa tra le figure impegnate nel modulo Alzheimer e gli altri moduli; le differenze vanno invece ricercate e garantite sul piano quantitativo per la necessità di continuo accompagnamento e custodia, per la vigilanza e cura nell'espletamento delle terapie farmacologiche, per l'opera di continua stimolazione psicosensoriale di cui i malati hanno necessità. La formazione del personale addetto alle relazioni quotidiane deve essere oggetto di particolare attenzione: la costanza degli atteggiamenti, al di là di slanci emotivi o di espressioni di impazienza, richiede professionalità, presenza a se stessi, accettazione del ruolo e delle persone da assistere. Dovrà altresì essere garantita una adeguata rotazione del personale nei diversi nuclei al fine di contrastare il rischio di *burn out*.

A tal fine gli accordi contrattuali tra aziende Usl ed erogatori dovranno prevedere esplicitamente la dotazione di personale, soprattutto in termini di disponibilità temporale, specificamente dedicata ai nuclei per pazienti



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Alzheimer in coerenza con il “progetto di struttura”, soprattutto in funzione degli obiettivi di integrazione di tali nuclei con gli altri nuclei che si intendono attivare.

### **A. 14 - Disposizioni particolare per i nuclei dedicati a malati terminali ed altri pazienti ad alta intensità assistenziale a totale carico del SSN**

Sulla base delle esigenze assistenziali rilevate dalla azienda Usl e tenuto conto della programmazione aziendale, le RSA possono dotarsi, all'interno di un apposito nucleo, di posti in grado di ospitare malati terminali e pazienti che richiedono un alto livello di assistenza sanitaria, con instabilità clinica (classe 3 della scala di Bernardini), quali pazienti in stato neurovegetativo stabilizzato e pazienti dimessi dalla rianimazione stabilizzati ma necessitanti di assistenza continua.

A tal fine le RSA rispettano specifici requisiti sotto il profilo strutturale, tecnologico e organizzativo. In tali casi i costi della degenza saranno a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

Le RSA che intendono fornire tale tipologia di assistenza devono possedere gli standard previsti dal DPCM 20 gennaio 2000 per i centri residenziali di cure palliative, in riferimento al DPR 14 gennaio 1997, pubblicato nella G.U. n. 42 del 20.02.1997. Dovrà essere posta particolare attenzione agli aspetti dell'ospitalità, soprattutto per i parenti dei ricoverati, ritenendo che queste attenzioni possano, nel quadro di comportamenti e atteggiamenti di contesto, essere capaci di agire positivamente sugli infermi; dovranno essere previste, ove e quando possibile, camere singole di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore, ovvero forme di ospitalità per i familiari che desiderano trascorrere la notte vicino al parente, anche in locali/foresteria.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti sono tali da assicurare interventi di alto livello e consentire anche un eventuale utilizzo in funzione di hospice nelle more della loro effettiva entrata in funzione.

L'assistenza medica sarà assicurata da un'equipe multidisciplinare che prevede diversi profili specialistici quali ad esempio terapia del dolore, dietologia, fisiatria, medicina interna, oncologia, geriatria; dovrà essere altresì sempre garantita la presenza del medico di struttura nelle ore diurne e la pronta disponibilità nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Le aziende Usl dovranno stipulare con gli erogatori accordi contrattuali specifici per l'attivazione di nuclei per pazienti ad alta intensità assistenziale. Tali contratti dovranno contenere esplicitamente i riferimenti ai requisiti di cui sopra e la specificazione della accettazione della remunerazione a tariffa a totale carico del SSR così come previsto nel presente documento.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### A. 15 – Il sistema delle tariffe

In fase di attuazione del presente provvedimento, e fino alla ridefinizione del sistema tariffario delle RSA di cui in seguito, le tariffe sono provvisoriamente modulate sulla base delle variabili seguenti:

1. riduzione della quota sanitaria tenuto conto dell'incidenza dei costi dell'assistenza farmaceutica d'ora in avanti a carico dell'Azienda UsI territorialmente competente;
2. modulazione delle tariffe (nelle componenti sanitaria e sociale) su due livelli, corrispondenti a due raggruppamenti di "profili assistenziali".

Le tariffe relative ai "profili assistenziali", di cui alla Tabella A del presente provvedimento, sono così provvisoriamente determinate:

- Profili assistenziali 1-2-3-4-5 pari a euro 128,00;
- Profili assistenziali 6-7-8-9 pari a euro 118,00.

Ai sensi dell'allegato 1C del DPCM 29.11.2001 (Definizione dei L.E.A.), la quota di partecipazione sociale, è confermata pari al 50% del valore della tariffa. Tale quota sarà ridefinita e modulata in misura differenziata con riferimento alla diversa configurazione dei profili assistenziali individuati.

La tariffa relativa ai pazienti ospitati nei nuclei dedicati a malati terminali ed altri pazienti ad alta intensità assistenziale a totale carico del SSN è determinata in analogia alle tariffe di lungodegenza post acuzie cod. 60 ed è pari a euro 138,00. Tale tariffa, a totale carico del SSN, comprende tutte le prestazioni sanitarie previste dai LEA e socio-assistenziali necessitanti ai pazienti individuati nel punto A.14 del presente documento, con l'esclusione dell'assistenza farmaceutica d'ora in avanti a carico dell'Azienda UsI territorialmente competente, così come definite nei contratti di fornitura tra le aziende UsI e i singoli erogatori.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente provvedimento, al termine del percorso di definizione del fabbisogno di Residenze sanitarie assistenziali e di classificazione degli ospiti delle residenze attualmente funzionanti, l'Assessorato provvederà a ridefinire il sistema tariffario delle RSA tenendo conto delle seguenti variabili:

1. strutturazione della tariffa in componente sanitaria e componente sociale e relativa quota di compartecipazione a carico dell'utente e/o del Comune;
2. quantificazione delle tariffe tenuto conto del consumo di risorse richiesto per i diversi profili assistenziali, in presenza di normali condizioni di efficienza della struttura di erogazione.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **B - Il Centro diurno integrato**

I Centri diurni integrati (di seguito denominati CDI) offrono un supporto, durante la giornata, a soggetti non autosufficienti, attraverso attività di socializzazione, di animazione, di mensa, di assistenza infermieristica e riabilitativa. Il Centro diurno integrato è volto a potenziare, mantenere o compensare abilità e competenze relative alla sfera dell'autonomia individuale nelle attività quotidiane ed al potenziamento delle capacità cognitive e relazionali. Il centro diurno integrato è di norma organizzato presso la RSA di cui costituisce una modalità di apertura all'esterno e di integrazione con il territorio.

Il Centro diurno integrato svolge la propria attività tutti i giorni della settimana (festivi esclusi) per almeno 8 ore al giorno. Nel CDI devono essere garantiti i seguenti servizi e prestazioni:

- assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
- attività terapeutico-riabilitative-educative finalizzate all'acquisizione e/o al mantenimento delle abilità fisiche, cognitive, relazionali;
- attività di socializzazione e ricreativo culturali;
- prestazioni sanitarie programmate in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza, quali ad esempio quelle mediche, infermieristiche, terapeutico-riabilitative;
- somministrazione pasti.

Il CDI si articola nei seguenti spazi:

- uno o più locali polifunzionali, anche intercomunicanti da destinare a soggiorno, attività di socializzazione, laboratori, con una superficie minima pro capite di mq 1,5 per utente;
- sala da pranzo con una superficie di mq 1,5 per utente; se il centro diurno è attivato all'interno di una RSA può essere utilizzato il locale pranzo della residenza, qualora sia di adeguate dimensioni;
- locali per il riposo;
- palestra e ambulatorio, con le stesse caratteristiche di quelli previsti per le RSA; nel caso in cui il Centro diurno sia interno alla RSA, possono essere utilizzati gli spazi della residenza, se le dimensioni sono adeguate;
- servizi igienici, almeno 2 servizi igienici per utenti disabili e un bagno assistito; devono essere rispettate le condizioni previste per gli analoghi servizi della RSA.





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La dotazione di personale della CDI dovrà essere calcolata, in relazione alla capacità operativa, prevedendo un impegno orario, per utente, pari al 50% di quella previsto per le RSA.

Per i CDI la retta giornaliera è fissata in misura pari al 50% della tariffa di una giornata di degenza in RSA corrispondente al profilo assistenziale attribuito al paziente dall'UVT. La quota sociale rimane determinata nella nella percentuale del 50% del valore della tariffa.

### **C - Percorso per la definizione del fabbisogno di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati**

La complessità della materia e dei provvedimenti riguardante la rete della residenzialità impone una serie di approfondimenti che in questa sede sono affrontati solo con riferimento ad alcuni aspetti metodologici.

Al fine di una puntuale definizione del fabbisogno, le aziende Usl procedono analizzando i seguenti aspetti:

- a) tipologia di utenti che manifestano bisogni socio-sanitari e loro quantificazione;
- b) caratteristiche e distribuzione dell'offerta di strutture residenziali territoriali;
- c) coerenza tra bisogno/domanda e offerta attuale di servizi;
- d) esigenze di rimodulazione della rete in funzione dell'offerta di risposte integrate, adeguate sotto il profilo quantitativo e appropriate in relazione a bisogni rilevati.

Le aziende Usl procedono in coerenza con quanto definito in sede di predisposizione dei Piani locali unitari dei servizi (Plus), di cui alla LR 23/2005, sulla base delle indicazioni previste dalle relative Linee guida.

Per quanto attiene agli aspetti indicati ai punti a) e b), si precisa quanto segue.

In merito al punto a), una prima analisi va effettuata mediante la classificazione degli ospiti delle residenze attualmente funzionanti, afferenti sia alla rete dei servizi socio-assistenziali (comunità alloggio e case protette) sia alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari (reparti di rianimazione, riabilitazione e lungodegenza ospedalieri, strutture ex art. 26 L.833/1978, altre strutture della residenzialità territoriale); per le RSA tale classificazione va fatta con riferimento ai diversi profili assistenziali individuati nel presente provvedimento attraverso gli strumenti della valutazione multidimensionale. Tale analisi è finalizzata ad una più appropriata articolazione dell'offerta complessiva di residenzialità. La verifica riguarderà anche i pazienti in lista di attesa. Un secondo momento di analisi si basa su dati demografici ed epidemiologici che consentano una stima della domanda potenziale non espressa.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In merito al punto b) l'analisi riguarderà la situazione dell'offerta di servizi residenziali territoriali socio-assistenziali e socio-sanitari, ivi compresi quelli di cui è già stata programmata la realizzazione.

Sulla base dei dati attualmente disponibili presso l'Assessorato l'offerta residenziale territoriale, attualmente autorizzata, per soggetti anziani e non autosufficienti comprende posti letto presenti in:

1. residenze sanitarie assistenziali;
2. case protette (già definite dall'art. 40 della legge regionale n. 4/88);
3. comunità alloggio (già case di riposo);
4. strutture di riabilitazione autorizzate in base all'art. 26 della legge 833/78;

per un totale di oltre 9.300 posti letto.

In merito ai punti c) e d) si può sostenere che tale offerta complessiva appare, al momento, adeguata ai bisogni di assistenza residenziale territoriale sulla base dei parametri utilizzati in diverse realtà regionali nelle quali il sistema è consolidato da diversi anni; si rileva comunque che essa si caratterizza per:

- una distribuzione non equilibrata sul territorio regionale;
- livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni molto differenziati;
- inadeguata articolazione delle tipologie residenziali rispetto all'utenza ricoverata.

Sulla base di tali valutazioni le aziende Usl e i Comuni, nell'ambito della programmazione integrata del settore, provvedono ad una rimodulazione dell'offerta in relazione ai diversi bisogni.

Analogo percorso è seguito per la definizione del fabbisogno di CDI.

Per quanto riguarda le RSA, nelle more della definizione dell'effettivo fabbisogno di posti letto, possibile solo al termine del percorso sopraindicato, è sospeso il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di nuove Residenze sanitarie assistenziali.

Le autorizzazioni alla realizzazione di nuovi CDI potranno essere prese in considerazione a seguito di attenta analisi del fabbisogno socio-sanitario effettuata congiuntamente dall'azienda Usl e dai Comuni del distretto sanitario di competenza.

Lo schema sopra descritto riguardante il complessivo processo di riqualificazione del sistema dell'assistenza residenziale territoriale, così come previsto dal presente documento e dai successivi atti regionali di riferimento, richiede modalità e tempi di applicazione gradualità.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nelle more della definitiva attuazione di quanto sopra, i direttori generali delle aziende Usl, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, formulano un piano di riorganizzazione dei processi di erogazione degli interventi assistenziali residenziali territoriali e presso i centri diurni integrati, a favore dei soggetti anziani e adulti non autosufficienti, da parte delle strutture a gestione diretta e dei soggetti accreditati. Nel piano di riorganizzazione sono individuati volumi di attività e tetti specifici di spesa correlati ai bisogni tenendo conto dei seguenti elementi:

- a. analisi della erogazione storica aziendale;
- b. analisi del fabbisogno assistenziale a livello aziendale;
- c. analisi di congruità economica rispetto ai vincoli complessivi di spesa.

Su queste basi le aziende Usl provvedono a stipulare nuovi contratti provvisori di fornitura con i soggetti privati accreditati gestori delle RSA e dei CDI dell'ambito territoriale di competenza di durata annuale o triennale, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

I suddetti piani e contratti dovranno quindi inderogabilmente contenere:

1. il fabbisogno dei posti letto di RSA e posti diurni in CDI aziendali riferiti al periodo contrattuale;
2. le tariffe provvisorie riferite al presente provvedimento che vengono accettate tra le parti;
3. i tetti di spesa complessivi annuali;
4. i relativi volumi di attività annuali riferiti al contratto di fornitura.

I soggetti privati accreditati all'atto della stipula dei contratti si impegnano ad accettare le tariffe, i volumi e i tetti individuati secondo le indicazioni fornite nel presente provvedimento, salvo aggiornamenti successivi.

A decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, i soggetti erogatori, pubblici e privati convenzionati/contrattati, garantiscono il rispetto delle presenti disposizioni e si organizzano per assicurare la presa in carico dei pazienti e per far fronte alle diverse priorità di accesso. I soggetti erogatori che entro i tempi previsti non provvedano alla stipula del nuovo contratto provvisorio decadono dai rapporti contrattuali o convenzionali in atto con le rispettive aziende Usl.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **D - Concertazione permanente e formazione continua**

Al fine di rendere uniforme l'applicazione di quanto previsto nelle presenti linee di indirizzo e per favorire i processi di integrazione tra tutti i soggetti erogatori del SSN con apposito provvedimento è istituito un tavolo di concertazione permanente tra l'Assessorato, le aziende Usl e un coordinamento degli erogatori accreditati con funzioni di:

- monitoraggio della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate;
- analisi sistematica dei costi sostenuti dalle strutture;
- studio e verifica della congruità delle tariffe;
- formulazione di indirizzi per la formazione continua e permanente degli operatori.

### **E - Requisiti minimi strutturali e tecnologici delle RSA**

La RSA deve avere una superficie complessiva non inferiore a 45 metri quadri per posto letto ed una superficie fruibile, per ospite, di 36 metri quadri. La RSA deve avere la piena disponibilità, preferibilmente al suo interno o nelle immediate vicinanze, di verde e spazi opportunamente attrezzati per accogliere gli ospiti in maniera protetta per una superficie minima di 30 metri quadri per ospite. Nel caso di strutture preesistenti alla data in vigore del presente provvedimento possono essere ammesse variazioni in diminuzione sino ad un massimo del 20%.

#### **E. 1 - Area destinata alla residenzialità (nucleo)**

La finalità principale dell'organizzazione per nuclei è la creazione di uno spazio riconducibile psicologicamente al concetto di casa all'interno del quale l'area privata delle camere e dei servizi igienici da un lato e quella più pubblica dei servizi di nucleo dall'altro siano riconoscibili come zona notte e zona giorno di uno spazio abitativo.

I nuclei devono quindi comprendere le seguenti unità spaziali:

- Camere dotate di servizi igienici

Gli ambienti abitativi sono dimensionati per un numero di uno, due, o massimo di tre posti letto.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le camere devono avere dimensioni adeguate a garantire lo svolgimento delle attività cui sono dedicate (riposo notturno e diurno, ricevimento ospiti, assistenza tutelare ed infermieristica, attività personali quotidiane) anche da parte di ospiti portatori di handicap.

Pertanto le dimensioni minime utili, al netto dei servizi igienici, devono essere di:

- 12 mq per camere singole;
- 18 mq per camere a due letti.

Il lato a fianco del letto deve consentire la rotazione di una carrozzella; i letti devono essere accessibili su due lati per consentire al personale di assistere l'utente.

La dotazione minima di arredi per ciascuna camera è:

- trave testale per ciascun posto letto dotata di punto luce, punto di chiamata;
- letti articolati a due snodi e dotati di sponde;
- materassi e cuscini antidecubito ove necessario;
- comodino, vano armadio e sedia per posto letto;
- tavolo soggiorno/pranzo.

Per ogni nucleo deve essere previsto un numero di camere singole pari al 10% dei posti letto, da destinare a pazienti con particolari patologie su indicazione dell'unità di valutazione interna.

Nelle camere deve essere garantita una temperatura invernale non inferiore a 20°C e una temperatura estiva compatibile con il benessere del paziente.

Nel caso di strutture preesistenti alla data di entrata in vigore del presente provvedimento possono essere ammesse anche camere a tre letti con dimensione di 26 mq e servizio igienico annesso. Il requisito relativo alle camere singole può essere soddisfatto anche riservando camere doppie uso singola.

I servizi igienici annessi alle camere devono essere in numero di uno per ogni camera a due letti e di uno ogni due camere singole. La superficie standard di riferimento per consentire l'utilizzo degli elementi previsti (lavabo, wc, doccia con sedile, o vaso bidet) è di 4 mq.

Devono essere garantiti:

- la rotazione di 360° all'interno del servizio igienico;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- l'accostamento laterale al wc;
- l'accostamento frontale al lavabo ed al bidet;
- l'apertura della porta verso l'esterno o a scorrere;
- la presenza di doccia a pavimento con sedile ribaltabile;
- la presenza di maniglioni e corrimano di sostegno;
- la presenza di sistemi di chiamata di emergenza.

### • Spazi dedicati a soggiorno/gioco-tv/ attività collettive

Le dimensioni standard di riferimento per questi spazi sono di 40/60 mq; è preferibile distribuire tale superficie su più ambienti. Deve essere previsto un arredamento adeguato, costituito da tavoli da soggiorno, sedie con braccioli, poltroncine, contenitori vari, televisione.

### • Saletta da pranzo per la colazione ed i pasti quotidiani

Le dimensioni standard di riferimento per questi spazi sono di 40/60 mq; deve essere previsto un arredamento adeguato costituito da tavoli da soggiorno con sedie con braccioli, credenza e contenitori vari, piani di appoggio.

### • Cucinotto attrezzato

Questo locale serve di supporto alla cucina principale per la distribuzione dei pasti e per preparazioni occasionali da parte degli ospiti; in esso devono essere presenti il piano cottura con cappa aspirante, il forno, un lavello e il frigorifero, che devono essere posti preferibilmente sulla stessa parete o su pareti contigue per consentirne l'utilizzo anche da parte di ospiti con ridotte capacità motorie. Le dimensioni standard di riferimento sono di 6/8 mq.

### • Ambulatorio/medicheria per assistenza medica generica e pronto soccorso

Le dimensioni standard di riferimento sono di 8 mq; gli arredi devono prevedere un lettino da visita, un lavabo con porta asciugamani e porta sapone o nel bagno adiacente, un armadietto per medicinali un tavolino ed una poltrona con braccioli.

### • Servizi igienici di nucleo

Devono essere previsti anche due servizi igienici per la zona giorno del nucleo; essi devono contenere un lavabo, un bidet, un wc ed essere dotati di antibagno oppure aprirsi su un disimpegno.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La dimensione standard di riferimento è di 4 mq in quanto deve essere consentito l'utilizzo da parte di portatori di handicap, come previsto anche per i servizi igienici annessi alle camere.

- Bagno assistito

Si tratta di un locale dove agli ospiti può essere effettuato il bagno attività di igiene personale con assistenza da parte di personale specializzato. Esso deve contenere una vasca da bagno, una doccia con sedile, un lavabo, un lettino ed una poltrona comoda.

Le dimensioni minime devono consentire l'utilizzo da parte di portatori di handicap; la porta deve essere apribile verso l'esterno a scorrere e deve essere garantito l'accostamento alla vasca che deve essere accessibile da tre lati per permettere al personale l'assistenza anche con eventuali ausili meccanici.

- Locale vuotatoio/lavapadelle

Si tratta di un locale, dove si provvede alla vuotatura, lavaggio e disinfezione di padelle e pappagalli. Deve contenere un lavapadelle con serbatoio, un vuotatoio, un lavabo ed un contenitore chiuso per il materiale di pulizia e disinfezione.

- Locale/spazio per deposito attrezzatura

Serve al deposito di oggetti d'uso all'interno del nucleo (carrozzine, materiale per manutenzione, ecc). La superficie standard di riferimento è di 6 mq e devono essere presenti scaffali, contenitori ed armadi nel caso vi si conservino anche gli effetti personali dell'ospite per cambio stagione.

- Locale per deposito biancheria sporca

Si tratta del deposito di biancheria sporca e di materiale utilizzato che deve essere avviato al lavaggio.

- Armadi per biancheria pulita

La superficie standard di riferimento è di 6 mq.

- Locale di servizio per il personale di assistenza con servizio igienico annesso

Esso serve per il deposito di oggetti di uso esclusivo del personale, per lo stazionamento del personale notturno e per il controllo degli ospiti mediante strumentazioni. Deve avere contiguo un servizio igienico dedicato con lavabo, wc e bidet.

Le dimensioni standard di riferimento sono di 14 mq per il locale e di 4 mq per il servizio igienico.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel caso di strutture preesistenti alla data in vigore del presente provvedimento, i locali dell'area residenziale destinati ai servizi di nucleo possono essere comuni a due nuclei, purché adeguatamente dimensionati.

### **E. 2 - Area destinata alla socializzazione ed alle attività comuni (centro dei servizi di vita collettiva)**

La collocazione di questa area dovrà essere centrale rispetto ai nuclei ed è molto importante prevedere anche in questo caso spazi di vita quotidiana quali bar, soggiorni, ecc, e assicurare un rapporto fisico e visivo con gli spazi esterni (terrazze, giardini, ecc).

Questa area comprende tutti gli spazi destinati alle attività sociali collettive.

Essa deve comprendere queste unità spaziali:

- Soggiorno comune

Questo spazio, le cui dimensioni possono variare tra i 60 e i 90 mq, viene utilizzato per la socializzazione tra ospiti di nuclei diversi, per il ricevimento di visitatori esterni, per attività di gioco, animazione, intrattenimento, lettura, ascolto musica, tv. La superficie complessiva può essere articolata anche in diversi ambienti.

- Sala polivalente

Questo spazio serve per lo svolgimento di feste, riunioni, proiezioni, ecc.

La dimensione standard di riferimento è di 60 mq; questo spazio può risultare anche dalla trasformazione di uno spazio prioritariamente destinato ad altro scopo (ad es. palestra) oppure dalla riunione di spazi più piccoli tramite pareti scorrevoli.

- Sala pranzo

Viene prevista questa sala sia per i pasti quotidiani che per l'organizzazione di banchetti; la dimensione standard di riferimento è di 60 mq.

- Locale per attività occupazionali

Vi vengono svolte attività ricreative, ergoterapia, attività di lettura, disegno, ecc. La dimensione standard di riferimento è di 60 mq.

- Angolo bar





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Si tratta di un servizio di ristoro con bevande calde e fredde e vendita di generi alimentari da bar preconfezionati. La dimensione rapportata al numero degli utenti.

- Locale per il culto

Serve per lo svolgimento di funzioni religiose e per preghiera. La dimensione standard di riferimento è di 30 mq.

- Locali per servizi all'ospite (parrucchiere, barbiere, pedicure, manicure) di dimensioni rapportate al numero degli utenti.

- Servizi igienici collettivi

Devono essere previsti servizi igienici (da due ad otto secondo le dimensioni della RSA) per l'area di socializzazione; essi devono contenere un lavabo, un bidet, un wc ed essere dotati di antibagno oppure aprirsi su un disimpegno. Il blocco servizi è formato da un antibagno e da un numero variabile di servizi.

La dimensione standard di riferimento e le caratteristiche richieste per l'utilizzo da parte di portatori di handicap sono identiche a quelle previste per i servizi igienici di nucleo.

Nelle RSA di piccole dimensioni (40-60 posti letto) il soggiorno comune, la sala polivalente, la sala pranzo e i locali per le attività occupazionali possono essere raggruppati in spazi polivalenti caratterizzati da un adeguato livello di flessibilità degli arredi che consenta lo svolgimento di attività diverse e temporanee suddivisi in ambienti diversi. Anche il locale per il culto può essere inserito in un ambiente polifunzionale mediante soluzioni di arredo che permettono il saltuario svolgimento delle funzioni religiose in spazi destinati normalmente ad altre attività.

### **E. 3 - Area destinata alla valutazione ed alle terapie (servizi sanitari)**

Nelle RSA devono essere garantiti spazi per le attività sanitarie di tipo ambulatoriale e di piccola terapia riabilitativa fisica e psichica; tali spazi potranno essere usati anche da utenti esterni tramite un ingresso indipendente. Questa area può infatti configurarsi come una sezione autonoma dell'edificio e il suo funzionamento può essere caratterizzato dalla presenza di ambulatori e strutture per la riabilitazione che potranno essere aperte in maniera programmata a forme di fruizione esterna. La sua localizzazione deve tener conto in ogni caso della necessità di un collegamento diretto ed agevole con lo spazio esterno destinato all'arrivo e alla sosta dei mezzi di soccorso.

Questa area deve contenere le seguenti unità spaziali:



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- Ambulatori

La dimensione standard di riferimento di ciascun ambulatorio è di 16 mq; deve essere prevista una zona visita con lettino da visita, carrello medico, sgabello girevole, paravento e lavabo ed una zona studio medico con scrivania, poltrona girevole, sedia con braccioli, armadietto porta medicinali e classificatore per cartelle cliniche. In prossimità deve essere prevista una zona attesa.

- Locale per fisiochinesiterapia

La dimensione standard di riferimento è di 7 mq; deve essere previsto un lettino per fisiochinesi, uno specchio quadrettato a muro, una scaletta a due gradini, un lavabo. Possono essere ricavati alcuni box per fisiochinesi all'interno del locale palestra.

- Palestra

La dimensione standard di riferimento è di 60 mq; nelle RSA più piccole le dimensioni possono essere ridotte ma devono rispettare la dimensione minima di 36 mq. Vi vengono svolte attività motorie e di esercizi ginnici, sia guidate che autonome, e attività di riabilitazione e mantenimento.

- Spogliatoi palestra

La dimensione standard di riferimento è di 7 mq; devono essere previsti spogliatoi distinti per maschi e per femmine.

- Deposito attrezzi palestra

Questo spazio, è indispensabile se la palestra è condivisa con la sala polivalente o con altro spazio.

- Servizi igienici

Devono essere previsti servizi igienici (da due a sei secondo le dimensioni della RSA); essi devono contenere un lavabo, un bidet, un wc ed essere dotati di antibagno oppure aprirsi su un disimpegno. Il blocco servizi è formato da un antibagno e da un numero variabile di servizi. La dimensione standard di riferimento e le caratteristiche richieste per l'utilizzo da parte di portatori di handicap sono identiche a quelle previste per i servizi igienici di nucleo.

### **E. 4 - Area di supporto dei servizi generali e dei locali ausiliari**

Le dimensioni di questa area dipendono dalle scelte organizzative e gestionali della RSA in merito ai servizi di assistenza alberghiera; variano in particolare le dimensioni e le attrezzature della cucina, dispensa e locali



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

accessori, della lavanderia e stireria a seconda che la preparazione dei pasti e le attività di lavanderia avvengano dentro la struttura o sia effettuata tramite servizi esterni. In quest'ultimo caso a tali locali corrispondono spazi di servizio dove si svolgono prevalentemente operazioni di raccolta e di distribuzione del materiale in arrivo ed in partenza.

Di norma non è necessario il raggruppamento di locali afferenti a questa area in una stessa zona dell'edificio; si deve invece prevedere:

- la possibilità di un accesso esterno diretto sia pedonale che per i mezzi di trasporto ai locali dove si effettuano operazioni di carico e scarico di materiali e merci dall'esterno;
- la presenza di collegamenti di servizio tra cucina e sala da pranzo;
- la possibilità per il personale di accedere direttamente tramite un ingresso di servizio agli spogliatoi.

Tale area comprende di norma:

- Atrio/ingresso con portineria, posta, telefono

Questo spazio assolve alle funzioni di accoglienza e di smistamento degli ospiti e dei visitatori e di riunione degli ospiti in sosta. La dimensione standard di riferimento è di 30 mq e la sua articolazione deve consentire il controllo degli ospiti in prossimità dell'ingresso. Vi vengono assicurate le funzioni di portineria, posta, telefono e informazioni agli ospiti e agli esterni.

- Uffici amministrativi con servizi igienici dedicati

Il loro numero varia in relazione alle dimensioni della RSA (da due a quattro). La dimensione standard di riferimento di ogni ufficio è di 16 mq e di 4 mq per il servizio igienico.

- Cucina, dispensa e locali accessori

La dimensione standard di riferimento è di 60 mq; devono essere previste:

- una zona cottura;
- una zona preparazione cibi;
- una zona lavaggio;
- una zona distribuzione e servizio;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- una zona dispensa (frigorifera ed a temperatura ambiente);
- un servizio igienico dedicato.

### • Lavanderia e stireria

La dimensione standard di riferimento è di 42 mq; deve comprendere:

- la lavanderia generale per la raccolta ed il lavaggio della biancheria e degli indumenti;
- l'asciugatoio, piccolo spazio per l'asciugatura naturale;
- il guardaroba per il deposito e la distribuzione della biancheria pulita;
- la stireria.

### • Spogliatoi del personale con servizi igienici annessi

Devono essere distinti per sesso e deve essere prevista una doccia ogni 10/15 operatori. La dimensione standard di riferimento è di 18 mq e di 6 mq per il servizio igienico.

### • Magazzini

Serve come deposito e la conservazione di arredi ed attrezzature, parti di ricambio, oggetti vari. La dimensione standard di riferimento è di 35 mq.

### • Locale di deposito per oggetti personali degli ospiti

La dimensione standard di riferimento è di 30 mq.

### • Deposito materiale sanitario

La dimensione standard di riferimento è di 10 mq.

### • Camera ardente con accesso dall'esterno

La dimensione standard di riferimento è di 18 mq. Devono essere previste:

- la camera ardente;
- l'area familiari;
- un locale di deposito;



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- un servizio igienico.

Le modalità di accesso alla camera mortuaria, sia dall'esterno che dall'interno devono prevedere soluzioni che evitino l'attraversamento di zone comuni nel corso delle operazioni necessarie allo spostamento della salma.

La centrale degli impianti tecnologici può essere realizzata sia internamente che esternamente all'edificio. Essa può avere superficie variabile in relazione alle caratteristiche degli impianti.

Per quanto attiene ai collegamenti orizzontali e verticali deve essere previsto quanto segue:

- devono essere presenti ascensori e montalettighe per il trasporto degli ospiti;
- deve essere installata una segnaletica orientata a favorire gli spostamenti nella RSA degli ospiti e dei familiari.