



Ministero della Salute

IL MINISTRO

VISTI gli articoli 32, 117, comma 2, lettera r), 117, comma 3 e 118 della Costituzione;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 di istituzione del servizio sanitario nazionale;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii., con particolare riferimento alle previsioni di cui ai relativi articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies ed 8-octies, in merito alla disciplina delle condizioni di sicurezza e qualità nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, nonché ai rapporti di convenzionamento con le strutture erogatrici e ai relativi controlli;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante “*approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*”, con particolare riferimento ai requisiti minimi previsti per le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.);

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in data 20 dicembre 2012, sul documento recante “*disciplina per revisione della normativa dell'accreditamento*”, in attuazione dell'art. 7, comma 1 del Patto per la salute 2010/2012 (rep. atti n. 259/CSR), e in particolare il relativo allegato A) recante “*disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento*”, che trova diretta applicazione alle strutture sanitarie e principalmente alle strutture che erogano prestazioni a carattere ospedaliero e di specialistica ambulatoriale;

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in data 19 febbraio 2015, in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (rep. atti n. 32/CSR);

VISTA la legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “*disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, recante “*definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*” e in particolare l'articolo 30 che disciplina l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale per le persone non autosufficienti;

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, approvato in Conferenza Stato-regioni il 15 settembre 2016, sul documento “*Piano nazionale della cronicità*” (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'articolo 5, comma 21, del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in data 4 agosto 2021 (rep. Atti n. 151/CSR) sul documento recante “*proposta di requisiti*”

strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178", che già definisce i requisiti minimi autorizzativi e i requisiti ulteriori di accreditamento applicabili alle organizzazioni che erogano cure domiciliari anche con riferimento alle persone anziane non autosufficienti

VISTO il decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77 *“regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

VISTA la legge 23 marzo 2023, n. 33 recante *“deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”* e in particolare le previsioni di cui all'articolo 4 recante *“delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti”*;

VISTO il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante *“disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”*;

VISTO il decreto del Ministro della salute del 31 gennaio 2024, che rinnova il tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, originariamente istituito con decreto del Ministro della Salute del 6 febbraio 2013, integrandone la composizione e modificandone la denominazione in tavolo nazionale dell'accreditamento;

CONSIDERATO che il richiamato decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 prevede all'articolo 31, comma 7 che *“con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'individuazione e all'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative e amministrative, di criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario di cui al comma 2, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992”*.

RITENUTO, nell'ambito del vigente ordinamento, di mantenere valido, anche in relazione alle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali per persone anziane non autosufficienti, il riferimento ai principi e ai requisiti minimi di livello nazionale di cui al richiamato decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *“approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*,

CONSIDERATO che l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in data 4 agosto 2021 (rep. Atti n. 151/CSR) ha approvato il documento recante *“proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”*, che si applica alle

organizzazioni per l'erogazione delle cure domiciliari anche con riferimento alle persone anziane non autosufficienti;

ACQUISITA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta _____ (rep. atti n. _____);

DECRETA

Articolo 1

(Principi e ambito di applicazione)

1. Al fine di garantire condizioni di sicurezza e qualità nell'erogazione dell'assistenza, residenziale e semiresidenziale, a carattere sanitario e sociosanitario, in favore delle persone anziane non autosufficienti, ciascuna regione e provincia autonoma condiziona il rilascio dell'accreditamento istituzionale, di cui all'articolo 8-quater del Dlgs. 502/92 alla verifica e alla valutazione circa il possesso, da parte di ciascuna struttura pubblica o privata, di requisiti individuati in coerenza con i criteri omogenei di livello nazionale, di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. In coerenza con il disposto dell'articolo 31, comma 7 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n.29, nell'ambito delle valutazioni di cui al precedente comma 1 sono valorizzate, tra l'altro:

- a) l'attitudine della struttura a favorire la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte, rispetto alla comunità in cui la struttura stessa è inserita;
- b) la congruità, rispetto al numero di persone accolte nella struttura, del personale cui applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81;
- c) la dotazione da parte della struttura di soluzioni tecnologiche finalizzate a garantire la sicurezza del lavoro di cura e delle persone accolte, anche tramite l'implementazione graduale di sistemi di videosorveglianza, nei limiti di quanto previsto dalla normativa del lavoro e dal diritto alla riservatezza delle persone, e nei limiti della copertura finanziaria a legislazione vigente, nonché di soluzioni tecnologiche volte a favorire l'erogazione di prestazioni sanitarie di telemedicina, televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

3. In coerenza con il medesimo articolo 31, nell'ambito dell'individuazione delle strutture, pubbliche e private, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del D.lgs. 502/92, è dato valore all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni in funzione dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale.

4. Nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le strutture residenziali sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale, come ad esempio cure domiciliari di base e integrate. In tal caso, ciascuna unità d'offerta e di servizio deve rispettare i requisiti di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsti per le diverse attività erogate e si raccorda con il sistema territoriale di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77.

Articolo 2

(Attività di monitoraggio di livello nazionale)

1. Il monitoraggio dell'attuazione del presente decreto è effettuato tramite il tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, ora tavolo nazionale dell'accreditamento.
2. La verifica di attuazione del presente provvedimento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'art. 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'art. 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'art. 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

Articolo 3

(Disposizioni finali)

1. Dall'attuazione del presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
2. Il presente decreto è trasmesso ai competenti organi di controllo e pubblicato nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana ed entra in vigore dalla data della sua pubblicazione.

IL MINISTRO DELLA SALUTE
Orazio Schillaci

Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul decreto del Ministro della salute recante “Criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l’individuazione dei requisiti di sicurezza e qualità delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti in attuazione dell’articolo 31, comma 7, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29” e il relativo allegato A

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nella odierna seduta del

VISTI gli articoli 8-bis, 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e di condizioni di sicurezza e qualità nell’erogazione delle prestazioni assistenziali, nonché ai rapporti di convenzionamento con le strutture erogatrici e ai relativi controlli;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante “approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”, con particolare riferimento ai requisiti minimi previsti per le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.);

VISTE le intese del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul disciplinare tecnico dell’accreditamento e relativo cronoprogramma di attuazione, che rappresentano il primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivise a livello nazionale nel sistema di accreditamento istituzionale;

VISTO l’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, sul documento “Piano nazionale della cronicità” (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all’articolo 5, comma 21, del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

VISTA la legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

VISTA l’intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il “Patto per la Salute 2019-2021” (Rep. Atti n. 209/CSR) e in particolare la scheda 8 che prevede, nell’ambito dell’assistenza territoriale, la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull’assistenza sociosanitaria, lo sviluppo e l’innovazione dell’assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti;

VISTA l'intesa del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) sul documento recante “proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”;

VISTO il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

CONSIDERATO che il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 recante “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”, prevede all'articolo 31, comma 7 che *“con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'individuazione e all'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative e amministrative, di criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario di cui al comma 2, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992”*;

TENUTO CONTO che è stato attivato un gruppo di lavoro nell'ambito del “tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale”, costituito da rappresentanti della ex Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Regioni e Province Autonome, al fine di elaborare proposte per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie;

CONSIDERATO che il suddetto gruppo di lavoro ha elaborato un documento di proposta che individua elementi comuni e condivisi per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali, per persone anziane non autosufficienti, che è stato approvato dal tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale nelle sedute del 29 luglio 2024 e del 3 marzo 2025;

RITENUTO nell'ambito del vigente ordinamento, di mantenere valido, anche in relazione alle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali per persone anziane non autosufficienti, il riferimento ai principi e ai requisiti minimi di livello nazionale di cui al richiamato decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante “approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;

CONSIDERATO che l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in data 4 agosto 2021 (rep. Atti n. 151/CSR) ha approvato il documento recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406,

della legge 30 dicembre 2020, n. 178", che si applica alle organizzazioni per l'erogazione delle cure domiciliari anche con riferimento alle persone anziane non autosufficienti;

ACQUISITO, nel corso della seduta del l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul decreto recante "Criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti di sicurezza e qualità delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti in attuazione dell'articolo 31, comma 7, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29" e sull'allegato A che ne costituisce parte integrante.

Si conviene, altresì, quanto segue:

1. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, si impegnano a recepire la presente Intesa entro 12 mesi dalla data di approvazione della stessa.
2. I criteri di cui all'allegato A alla presente Intesa sono inseriti dalle regioni e province autonome nell'ambito del proprio sistema di accreditamento di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i., ovvero all'interno del proprio sistema di autorizzazione di cui all'articolo 8-ter del citato decreto legislativo 502/1992.
3. Con riferimento ai requisiti strutturali, si prevede un tempo di adeguamento, per le strutture già in esercizio, di 2 anni;
4. In coerenza con il medesimo articolo 31, nell'ambito dell'individuazione delle strutture, pubbliche e private, per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del D.lgs. 502/92, è dato valore all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni in funzione dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale;
5. Nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le strutture residenziali sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale, quali ad esempio le cure domiciliari di base e integrate. In tal caso, ciascuna unità d'offerta e di servizio deve rispettare i requisiti di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsti per le diverse attività erogate e si raccorda con il sistema territoriale di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77.
6. Nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province Autonome;
7. Al tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), istituito presso il Ministero della salute, è demandato il monitoraggio sullo stato di attuazione del documento di cui alla presente Intesa, da realizzare con il supporto degli auditor/valutatori di livello nazionale e degli organismi tecnicamente accreditanti delle Regioni e delle Province autonome, anche tramite lo svolgimento di audit condivisi e finalizzati a favorire lo sviluppo del sistema di accreditamento nell'area sociosanitaria.

8. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente intesa nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a disposizione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



Ministero della Salute

PROPOSTA

CRITERI CONDIVISI ED OMOGENEI A LIVELLO NAZIONALE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI REQUISITI DI SICUREZZA E QUALITÀ DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 31, COMMA 7, DEL DECRETO LEGISLATIVO 15 MARZO 2024, N. 29

7 marzo 2024

Sommario

PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI	3
REQUISITI RSA – ASPETTI ORGANIZZATIVI	7
REQUISITI RSA- ASPETTI FORMATIVI	11
REQUISITI RSA – ASPETTI STRUTTURALI	12
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI – ASPETTI ORGANIZZATIVI	14
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI – ASPETTI FORMATIVI	17
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI – ASPETTI STRUTTURALI	18

PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente documento si pone l'obiettivo di garantire alla persona anziana non autosufficiente migliori condizioni di sicurezza e qualità nell'accesso e nella permanenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali, che costituiscono al contempo luoghi di vita, di cura e di socialità per le persone con fragilità, attraverso la definizione di una cornice normativa di riferimento al livello nazionale, unitaria e condivisa, in ottemperanza alle disposizioni dell'articolo 31, comma 7, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29.

Il contesto è, infatti, caratterizzato da una notevole disomogeneità tra le vigenti discipline di livello regionale, sia in termini di gestione e di tipologia dell'offerta, sia delle modalità organizzative interne e anche delle procedure di collegamento con i presidi territoriali competenti.

I servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari, ai sensi dell'articolo 31, comma 5 del suddetto decreto, devono garantire, in funzione della numerosità degli anziani assistiti e delle loro specifiche esigenze, la qualità degli ambienti di vita, in modo da renderli amichevoli, familiari e sicuri, nel rispetto della riservatezza e del decoro, tenuto conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali.

L'assistenza alle persone non autosufficienti è stata oggetto di diversi e specifici interventi del legislatore nazionale con l'intento di tutelare una fascia di popolazione crescente in condizioni di fragilità, fisica, psichica e sociale che necessita di interventi coordinati e continuativi nella presa in carico. In particolare:

- il Piano nazionale della cronicità, approvato con Accordo Stato-Regioni del 15.09.2016 (Rep. Atti n. 160/CSR), anche nell'ambito delle successive proposte di aggiornamento, pone in evidenza l'opportunità di attivare azioni di sistema sulla gestione del percorso assistenziale della cronicità, tese a migliorare gli aspetti organizzativi, gestionali e di governo finalizzati a dare al cittadino certezza sulla quantità e sulla qualità dei servizi, conferendo a tutto il territorio nazionale elementi di omogeneità in relazione allo standard di risposta assistenziale al bisogno;
- il DM 23 maggio 2023, n. 77, in attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, Missione 6 Salute, componente 1, investe sulla sanità territoriale di prossimità, delineandone obiettivi e modalità organizzative, quali strumenti per garantire la continuità dell'assistenza e la tempestività della presa in carico, in particolare tramite il punto unico di accesso per i cittadini presso le case della comunità, prioritariamente rivolto alle persone fragili e non autosufficienti, per poter meglio gestire i percorsi di presa in carico degli stessi, nonché la centrale operativa territoriale con funzione di coordinamento e raccordo tra i diversi setting assistenziali;
- la legge 23 marzo 2023, n. 33, nel promuovere politiche in favore delle persone anziane, pone l'accento sia sulla presa in carico multidimensionale, sia sulla garanzia del continuum assistenziale, tramite il potenziamento dell'assistenza domiciliare e rivedendo il sistema residenziale, per orientare le strutture in forma il più possibile aperta, con ambienti amichevoli, familiari, sicuri e che facilitino le normali relazioni di vita, garantendo riservatezza della vita privata e continuità di relazione degli ospiti. Si prevede anche la possibilità di sviluppare centri multiservizi, al fine di promuovere, in una logica di prossimità, una maggiore

flessibilità del sistema di offerta rivolto alla cura delle persone anziane e garantire maggiore supporto ai caregiver. In tale ottica, si prevede che le strutture residenziali possano svolgere anche attività e servizi di cure domiciliari nel rispetto dei requisiti di cui all'Intesa del 4 agosto 2021 (Rep. Atti 151/CSR)

Per quanto riguarda gli aspetti autorizzativi, il riferimento principale è costituito dal Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*. Tale decreto fornisce prima di tutto una definizione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), indicandole quali *“presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello «alto» di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome”*.

Lo stesso definisce i requisiti minimi delle Residenze Sanitarie Assistenziali, aggiornando quelli previsti, per la prima volta nella normativa nazionale, con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989, recante *“Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali”*.

Alcune ulteriori indicazioni generali in materia sono state previste nelle Intese, adottate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n. 32/CSR), le quali definiscono un primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivisi a livello nazionale per il sistema di accreditamento, riferiti alle strutture sanitarie.

Le ulteriori regolamentazioni, inclusi i requisiti autorizzativi ed i criteri di accreditamento, sono state definite con atti di livello regionale.

Accanto ai requisiti, risulta fondamentale inquadrare anche le tipologie di prestazioni ed interventi da garantire nelle residenze sopra richiamate. In quest'ambito il riferimento fondamentale è rappresentato dal DPCM 12 gennaio 2017 sulla definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Tale decreto prevede, prima di tutto, all' art. 21 del capo IV dedicato all'assistenza sociosanitaria, che il Servizio sanitario nazionale garantisce il percorso assistenziale integrato, con *“accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”*, da effettuare con strumenti validati e unitari a livello regionale, per la definizione del progetto di assistenza individuale (PAI) da realizzare con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia.

Il decreto individua poi le strutture residenziali per le persone non autosufficienti nell'articolo 29 (assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario) e nell'articolo 30 (assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti).

Il presente documento è rivolto alle strutture residenziali e semiresidenziali riferibili all'articolo 30, comma 1, lettera b) e comma 3 del citato DPCM 12 gennaio 2017, tenendo conto che le stesse erogano *“trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione”*.

Si evidenzia che, nel tempo, la tipologia *“lungoassistenza e mantenimento”* è venuta a ricomprendere nelle diverse regioni una grande varietà di risposte a tipologie di bisogni assistenziali diversi, i quali non sempre vengono attribuiti in piena coerenza con le tipologie assistenziali previste dal suddetto DPCM 12 gennaio 2017.

Fermo restando le disposizioni del citato DPR 14 gennaio 1997, il presente documento intende introdurre elementi integrativi alla disciplina nazionale in materia, attraverso l'individuazione di criteri essenziali di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali, per persone anziane non autosufficienti, come contributo al miglioramento del percorso assistenziale delle stesse.

I criteri essenziali, contenuti nel presente documento, costituiscono il frutto conclusivo di un percorso di lavoro condiviso, che ha visto una prima fase di attività posta in essere da parte di un gruppo ristretto di lavoro, con esperti e rappresentanti del Ministero della Salute, unitamente a referenti dell'Istituto Superiore di Sanità, di Agenas, delle Regioni e Province Autonome, nell'ambito delle attività del *“Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale”*.

Il documento si articola in requisiti organizzativi, formativi e strutturali con l'obiettivo di rafforzare i livelli di sicurezza e qualità dell'intervento assistenziale, a tutela della salute e della dignità delle persone fragili, favorendo la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte.

I criteri e i requisiti sono stati elaborati in modo da poter essere inseriti, in funzione delle scelte organizzative e gestionali del livello regionale, sia nell'ambito del sistema di accreditamento sia nell'ambito del sistema di autorizzazione all'esercizio. Tenendo conto delle effettive condizioni di applicabilità dei suddetti requisiti anche alle strutture già operanti sul territorio, si ritiene che, per le strutture già in esercizio, possa essere prevista un'attuazione graduale per i nuovi requisiti di carattere strutturale.

Al fine di promuovere un servizio più aperto alla comunità e al bisogno dell'individuo, e in coerenza con quanto previsto dall'articolo 31, commi 6 e 7, del D.Lgs 29/2024, nell'ambito dell'individuazione delle strutture, pubbliche e private, per la stipula degli accordi contrattuali, le Regioni e Province Autonome possono valorizzare l'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni in funzione dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale (es. nuclei Alzheimer) e moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale (es. cure domiciliari di base, cure domiciliari integrate). In quest'ultimo caso, ciascuna unità d'offerta e di servizio dovrà rispettare i requisiti di autorizzazione e

di accreditamento istituzionale previsti per le diverse attività erogate e raccordarsi con il sistema territoriale di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77.

REQUISITI RSA – ASPETTI ORGANIZZATIVI

Per un buon funzionamento della struttura, è indispensabile la definizione di chiari criteri organizzativi e di precise responsabilità di gestione a garanzia della sicurezza e della qualità dell'assistenza erogata	
<i>Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le RSA sono tenute a rispettare e ad adeguarsi anche ai requisiti essenziali di seguito indicati:</i>	
AO.1	È individuato il responsabile medico di struttura secondo le normative regionali; tale figura può essere anche condivisa tra più strutture, in rapporto alla dimensione delle stesse e alla complessità clinico-assistenziale degli ospiti.
AO.2	Il Responsabile medico di struttura svolge le seguenti attività, nel rispetto della competenza clinica riservata ai medici responsabili dei singoli ospiti: <ul style="list-style-type: none"> a) vigilanza sui requisiti igienico-sanitari, sul corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario (ove presenti), sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi; b) vigilanza sulla qualità dell'assistenza; c) prevenzione dei fenomeni di abuso e maltrattamento degli ospiti; d) vigilanza sulla corretta gestione della documentazione clinica e assistenziale (inclusi anche i piani assistenziali individuali); e) valutazione del rischio clinico, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi avversi; f) validazione di protocolli e procedure interne alla struttura in materia sanitaria e verifica della corretta applicazione.
AO.3	È garantita la funzione di coordinamento del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari.
AO.4	Sono garantite: <ul style="list-style-type: none"> - l'assistenza sociosanitaria h24 - l'assistenza infermieristica in presenza almeno h12.
AO.5	È definita la dotazione organica del personale nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente; il numero delle unità di personale (medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione, educativo/animativo e di eventuali ulteriori figure professionali) è definito in relazione alle dimensioni della struttura, ai volumi delle attività erogate e al bisogno assistenziale degli ospiti.
AO.6	Al personale dipendente sono applicati i trattamenti economici e normativi della contrattazione collettiva, ai sensi dell'art. 51 del d.lgs.15 giugno 2015, n. 81.
AO.7	È identificato il medico responsabile della gestione clinica del singolo ospite (Medico di Medicina Generale se non diversamente individuato) ed è garantita la copertura medica in funzione dei bisogni assistenziali degli ospiti.
AO.8	È presente una procedura, condivisa tra la struttura pubblica o privata e l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, che definisce modalità semplificate per gli interventi in elezione di: <ul style="list-style-type: none"> - salute pubblica (quale ad esempio le vaccinazioni) - esecuzione di esami diagnostici di primo livello all'interno della struttura (quali ad esempio: prelievi ematici, ECG, emogasanalisi e altro) - accesso alle visite specialistiche, agli accertamenti diagnostici degli ospiti; - utilizzo della telemedicina

AO.9	<p>Sono garantite, in coordinamento con l’Azienda Sanitaria Locale di riferimento, come previsto dalla normativa vigente sui livelli essenziali di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici; - prestazioni di assistenza farmaceutica; - assistenza protesica e fornitura di ausili.
AO.10	<p>Sono definiti protocolli di intesa/accordi (tipo fast track) condivisi con la struttura ospedaliera di riferimento per il trasferimento di ospiti con condizioni di acuzie o che richiedano ricovero ospedaliero, al fine di garantire una corretta presa in carico ed evitare tempi di attesa prolungati, secondo la normativa regionale.</p>
AO.11	<p>Sono applicati i protocolli della Rete delle Cure palliative in relazione al bisogno dell'ospite, ai sensi della normativa vigente.</p>
AO.12	<p>Sono redatti e attuati, in relazione alla dimensione della struttura e alla complessità degli interventi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un piano per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario; - una procedura per la gestione delle misure di primo soccorso e di emergenza all'interno della struttura; - un piano per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).
AO.13	<p>Sono pianificate e messe in atto attività di monitoraggio e valutazione periodica della qualità dell'assistenza almeno riguardo ai seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) valutazione e gestione del dolore (come previsto al punto AO.21) b) prevenzione dei fenomeni di abuso e maltrattamento degli ospiti, compresa la gestione e la limitazione della contenzione c) valutazione dei sintomi psico-comportamentali della demenza d) attività di animazione, socializzazione e stimolo relazionale e) prevenzione delle cadute f) ricoveri in PS/Ospedale g) infezioni correlate all'assistenza h) lesioni da decubito i) alimentazione, nutrizione e idratazione j) vaccinazioni
AO.14	<p>È implementato nella struttura un sistema per l'identificazione e la segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza (evento avverso, evento senza danno e quasi evento, evento sentinella) almeno per quanto riguarda cadute, aggressioni ai danni di utenti e operatori, utilizzo di farmaci, rischio infettivo, anche tramite l'utilizzo di registri preferibilmente informatizzati, con le modalità definite dalle Regioni e Province autonome.</p>
AO.15	<p>È data applicazione e diffusione delle raccomandazioni in materia di rischio clinico declinabili nello specifico contesto e tipologia di utenza, con riferimento almeno a: prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori (Raccomandazione ministeriale n. 8), prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita (Raccomandazione ministeriale n. 13), e farmaci (Raccomandazioni ministeriali: n. 7 - n. 12 - n. 17 - n. 18 - n. 19) se utilizzati.</p>
AO.16	<p>È definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale un piano epidemico che descriva nel dettaglio le modalità di isolamento, l'organizzazione delle visite dei congiunti, la gestione in sicurezza degli accessi a servizi ospedalieri esterni, eventuali trasferimenti, ivi compresi quelli in ambulanza in linea con le indicazioni nazionali e regionali vigenti.</p>

AO.17	È presente una cartella/fascicolo per ciascun ospite, preferibilmente in formato elettronico, contenente la relativa documentazione sociosanitaria (secondo le indicazioni regionali), comprensiva del Progetto di Assistenza Integrata, anche per la tracciabilità del percorso. Le modalità per la redazione, la tenuta e accesso alla stessa sono definite dalla normativa regionale.
AO.18	Risulta evidenza della regolarità, completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi previsti a livello nazionale e regionale, applicabili alla struttura interessata, con particolare riferimento al flusso FAR e all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico *(Potrà essere applicato sulla base degli aggiornamenti normativi in materia)
AO.19	Sono implementate attività di socializzazione e animazione, per favorire la socialità interna e la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte, attraverso l'organizzazione di iniziative aperte al pubblico e altre forme di integrazione con la Comunità locale in cui la struttura stessa è inserita. Per esempio vengono organizzate attività di stimolazione e socializzanti specifiche di tipo individuali o in piccolo gruppo, anche per ospiti con demenza.
AO.20	Sono definite, formalizzate, messe in atto e diffuse procedure per la valutazione e gestione del dolore di qualsiasi origine, che tengano in considerazione anche strumenti di valutazione del dolore negli ospiti con deficit cognitivi o non in grado di verbalizzare, rivalutazione periodica del dolore e dell'efficacia del trattamento (in relazione al punto AO.13). Quando necessario, è attivata la rete delle cure palliative.
AO.21	A garanzia del rispetto della dignità della persona è previsto un sistema per la prevenzione e la segnalazione di eventuali maltrattamenti, abusi e comportamenti invalidanti/svalutanti.
AO.22	Sono rese disponibili informazioni finalizzate a definire in maniera chiara i rapporti e i reciproci diritti/doveri tra la struttura, gli ospiti, i loro familiari e/o chi li rappresenta; tali informazioni comprendono anche i criteri e le modalità di accesso, i servizi e le attività offerte agli ospiti, compresi gli interventi di sollievo in favore dei familiari e caregiver.
AO.23	È attuata una procedura per garantire l'educazione terapeutica alla persona assistita e al caregiver, la comunicazione con la persona assistita e con i familiari/caregiver e il coinvolgimento degli stessi nel progetto di vita.
AO.24	È presente e attuato un protocollo per la valutazione del rischio nutrizionale e per la gestione corretta della dieta e dell'idratazione e per l'assunzione corretta dei pasti e di liquidi per i singoli ospiti. È prevista la collaborazione con la ASL per la valutazione, l'approvazione e l'eventuale predisposizione delle tabelle dietetiche e delle diete speciali.
AO.25	È garantito il diritto alla continuità delle visite di familiari e visitatori con cadenza giornaliera, consentendo loro anche di prestare assistenza quotidiana nel caso in cui la persona ospitata non sia autosufficiente in conformità alle Raccomandazioni ministeriali
AO.26	Sono adottate modalità organizzative e assistenziali finalizzate a tutelare i livelli di autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana e a mantenere e sviluppare gli interessi personali.
AO.27	Sono definite e attuate procedure per la personalizzazione dei tempi e degli spazi secondo le esigenze della persona, la libera scelta delle attività e la condivisione con la comunità degli ospiti circa l'organizzazione della vita quotidiana.
AO.28	Sono definite e attuate procedure e modalità organizzative per la prevenzione dell'allontanamento, in particolare per gli ospiti con deficit cognitivi
AO.29	Sono presenti e attuate procedure documentate e osservate su: continuità assistenziale del paziente, comunicazione ai familiari, passaggi di consegne e trasferimenti all'esterno, riconciliazione farmacologica, rientri brevi al domicilio

AO.30

Sono previsti interventi di sollievo per chi assicura le cure a persone non autosufficienti, in conformità a quanto previsto dall'art. 30, comma1, lett b) del d.P.C.M. 12.01.2017.

REQUISITI RSA- ASPETTI FORMATIVI

<i>Per garantire una qualificata assistenza socio sanitaria il personale deve possedere e mantenere, tramite percorsi di formazione e aggiornamento, le conoscenze, le competenze e le abilità necessarie alla realizzazione delle attività e alla gestione degli aspetti relazionali con gli ospiti e i loro familiari</i>	
<i>Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le RSA sono tenute a rispettare e ad adeguarsi anche ai requisiti essenziali di seguito indicati:</i>	
AF.1	È definito e implementato un piano di formazione e aggiornamento annuale per tutto il personale, che tenga conto dell'analisi dei bisogni formativi e delle caratteristiche assistenziali degli ospiti. Il piano deve comprendere percorsi formativi orientati all'apprendimento e all'approfondimento delle procedure e delle istruzioni operative interne, delle tematiche di cui al punto AO.13, nonché delle manovre di primo soccorso con impiego del defibrillatore automatico o semiautomatico (BLSD- Basic Life Support and Defibrillation)

REQUISITI RSA – ASPETTI STRUTTURALI

<p><i>Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le RSA sono tenute a rispettare e a adeguarsi anche ai requisiti essenziali di seguito indicati:</i></p>	
AST.1	<p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) per le nuove strutture: camere per gli ospiti dotate al massimo di due posti letto, con una superficie minima (escluso antibagno o disimpegno) di mq 20; per le strutture già in esercizio sono consentite camere fino a massimo 4 posti letto. b) servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza con accesso diretto dalla camera e almeno uno ogni 4 p.l. (per le strutture già in esercizio, anche senza accesso diretto dalla camera) c) corridoi con larghezza minima di 2 mt (1,5 mt per le strutture già in esercizio)
AST.2	La struttura è dotata di un locale adibito a palestra, dotato di attrezzature e di ausili.
AST.3	Presenza di ascensori e montalettighe per il trasporto degli ospiti
AST.4	Sono attuati gli interventi necessari a garantire l' idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti vigenti, con specifico riferimento agli eventuali interventi volti al mantenimento o alla realizzazione all'interno della struttura di più nuclei abitativi diversificati per tipologia di prestazioni, a carattere residenziale e/o semiresidenziale.
AST.5	Sono identificati camere o nuclei di isolamento, attivabili al bisogno (anche trasformando le tipologie di camere esistenti) forniti di servizi igienici dedicati, in relazione alla capacità ricettiva della struttura.
AST.6	<p>La struttura è dotata di spazi "comuni" destinati alla "qualità della vita" dei residenti il complesso degli spazi dedicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) alla "vita sociale", ivi comprese attività di tipo alberghiero quali colazione, pranzo e cena; b) ad attività di tipo "ricreativo/animativo" c) ad attività di tipo "riabilitativo/rieducativo"
AST.7	I locali e gli arredi devono essere tali da garantire igiene, funzionalità e decoro e devono essere sanificabili
AST.8	Presenza/disponibilità di dispositivi portatili per l'erogazione di gas medicali oppure dotazione di posti letto con gas medicali, qualora necessario in relazione alla complessità assistenziale degli ospiti
AST.9	<p>La struttura è dotata di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sistemi in grado di garantire adeguate condizioni microclimatiche (condizionatori/raffrescatori e impianti di riscaldamento); b) sistemi di ricambio d'aria nei locali comuni e nelle camere di degenze, anche attraverso procedure organizzative.

AST.10	<p>Sono presenti, garantendo anche una verifica costante del corretto funzionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un carrello per l'emergenza dotato almeno di pallone ambu e cannule di guedel, nonché di altra strumentazione ritenuta utile dal medico responsabile di struttura b) un defibrillatore semiautomatico o automatico c) dotazione necessaria a svolgere le attività previste alla AO.8
AST.11	<p>La struttura è dotata di letti articolati elettrici per tutti gli ospiti (per le strutture già in esercizio è ammissibile la previsione di letti articolati elettrici in fase di sostituzione/rinnovo) e di sollevatori meccanici, almeno 1 per piano.</p>
AST.12	<p>Sono adottati sistemi "monouso" per la eliminazione di escreti e secreti organici e biologici o sistemi per termodisinfezione di dispositivi multiuso in ogni nucleo.</p>
AST.13	<p>La struttura è dotata di collegamento internet e delle soluzioni tecnologiche volte a consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie in telemedicina, teleconsulto, telemonitoraggio secondo le indicazioni nazionali e i programmi regionali di riferimento se disponibili.</p>
AST.14	<p>La struttura è dotata di soluzioni tecnologiche finalizzate a garantire la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro e degli ospiti, anche tramite sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso negli spazi e comuni e nelle camere di degenza, nei limiti di quanto previsto dalla normativa del lavoro e dal diritto alla riservatezza delle persone, con relativa formazione del personale.</p>
AST.15	<p>Le strutture residenziali sono dotate di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione - distinti dagli spazi destinati alla fruizione dei pasti - organizzati in modo da promuovere l'aggregazione, nel rispetto della privacy e dell'autonomia personale, anche in considerazione delle particolari esigenze della tipologia di utenza.</p>
AST.16	<p>La struttura è dotata di aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili, di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza all'aperto. Per le strutture esistenti, qualora ciò non sia possibile, vanno individuate modalità per garantire la possibilità di permanenza all'aperto degli ospiti, in condizioni di sicurezza. In ogni caso, per una gestione adeguata degli ospiti nelle aree esterne, devono essere presenti procedure che stabiliscano puntualmente criteri di sorveglianza e di allarme.</p>

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI – ASPETTI ORGANIZZATIVI

<i>Per un buon funzionamento della struttura, è indispensabile la definizione di chiari criteri organizzativi e di precise responsabilità di gestione a garanzia della sicurezza e della qualità dell'assistenza erogata</i>	
<i>Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le strutture semiresidenziali per anziani sono tenute a rispettare e a adeguarsi anche ai requisiti essenziali di seguito indicati:</i>	
AO.1	È individuato il responsabile medico di struttura secondo le normative regionali; tale figura può essere anche condivisa tra più strutture, in rapporto alla dimensione delle stesse e alla complessità clinico-assistenziale degli ospiti.
AO.2	Il Responsabile medico di struttura svolge le seguenti attività, nel rispetto della competenza clinica riservata ai medici responsabili dei singoli ospiti: <ul style="list-style-type: none"> a) vigilanza sui requisiti igienico-sanitari, sul corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario (ove presenti), sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi; b) vigilanza sulla qualità dell'assistenza; c) prevenzione dei fenomeni di abuso e maltrattamento degli ospiti; d) vigilanza sulla corretta gestione della documentazione clinica e assistenziale (inclusi anche i piani assistenziali individuali); e) valutazione del rischio clinico, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi avversi; f) validazione di protocolli e procedure interne alla struttura in materia sanitaria e verifica della corretta applicazione.
AO.3	È garantita la funzione di coordinamento del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari.
AO.4	È prevista un'assistenza sociosanitaria almeno h.6
AO.5	È definita la dotazione organica del personale nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente; il numero delle unità di personale (medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione, educativo/animativo e di eventuali ulteriori figure professionali) è definito in relazione alle dimensioni della struttura, ai volumi delle attività erogate e al bisogno assistenziale degli ospiti.
AO.6	Al personale dipendente sono applicati i trattamenti economici e normativi della contrattazione collettiva, ai sensi dell'art. 51 del d.lgs.15 giugno 2015, n. 81.
AO.7	Sono redatti e attuati, anche in forma sintetica in relazione alla dimensione della struttura e alla complessità degli interventi assistenziali: <ul style="list-style-type: none"> - una procedura per la gestione in sicurezza delle cure - una procedura per la gestione delle misure di primo soccorso e di emergenza all'interno della struttura

AO.8	<p>Sono pianificate e messe in atto attività di monitoraggio e valutazione periodica della qualità dell'assistenza almeno riguardo ai seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) prevenzione dei fenomeni di abuso e maltrattamento degli ospiti b) valutazione dei sintomi psico-comportamentali della demenza c) attività di animazione, socializzazione e stimolo relazionale d) prevenzione delle cadute e) alimentazione, nutrizione e idratazione
AO.9	È implementato nella struttura un sistema per l'identificazione e la segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza, anche tramite l'utilizzo di registri preferibilmente informatizzati, con le modalità definite dalle Regioni e Province autonome.
AO.10	È data applicazione e diffusione delle raccomandazioni in materia di rischio clinico declinabili nello specifico contesto e tipologia di utenza
AO.11	È presente un fascicolo per ciascun ospite, preferibilmente in formato elettronico, contenente la relativa documentazione sociosanitaria (secondo le indicazioni regionali), comprensiva del Progetto di Assistenza Integrata, anche per la tracciabilità del percorso. Le modalità per la redazione e la tenuta della stessa sono definite dalla normativa regionale.
AO.12	Risulta evidenza della regolarità, completezza e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi previsti a livello nazionale e regionale, applicabili alla struttura interessata, con particolare riferimento al flusso FAR e all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico *(Potrà essere applicato sulla base degli aggiornamenti normativi in materia)
AO.13	Sono implementate attività di socializzazione e animazione, per favorire la socialità interna e la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte. Per esempio vengono organizzate attività di stimolazione e socializzanti specifiche di tipo individuali o in piccolo gruppo, anche per ospiti con demenza.
AO.14	Sono definite, formalizzate, messe in atto e diffuse procedure per la valutazione e gestione del dolore di qualsiasi origine, che tengano in considerazione anche strumenti di valutazione del dolore negli ospiti con deficit cognitivi o non in grado di verbalizzare
AO.15	A garanzia del rispetto della dignità della persona, è previsto un sistema per la prevenzione e la segnalazione di eventuali maltrattamenti, abusi e comportamenti invalidanti/svalutanti.
AO.16	Sono rese disponibili informazioni finalizzate a definire in maniera chiara i rapporti e i reciproci diritti/doveri tra la struttura, gli ospiti, i loro familiari e/o chi li rappresenta; tali informazioni comprendono anche i criteri e le modalità di accesso, i servizi e le attività offerte agli ospiti.
AO.17	È attuata una procedura per garantire l'educazione terapeutica alla persona assistita e al caregiver, la comunicazione con la persona assistita e con i familiari/caregiver e il coinvolgimento degli stessi nel progetto di vita.
AO.18	La struttura assicura modalità organizzative volte a garantire la somministrazione di eventuali diete speciali dei singoli ospiti.
AO.19	È garantito l'accesso a familiari e visitatori
AO.20	Sono adottate modalità organizzative e assistenziali finalizzate a tutelare i livelli di autonomia rispetto alle attività della vita quotidiana e a mantenere e sviluppare gli interessi personali.

AO.28	Sono definite e attuate procedure per la personalizzazione dei tempi e degli spazi secondo le esigenze della persona, la libera scelta delle attività e la condivisione con la comunità degli ospiti circa l'organizzazione della vita quotidiana.
AO.29	Sono definite e attuate procedure e modalità organizzative per la prevenzione dell'allontanamento, in particolare per gli ospiti con deficit cognitivi

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI – ASPETTI FORMATIVI

<i>Per garantire una qualificata assistenza sociosanitaria il personale deve possedere e mantenere, tramite percorsi di formazione e aggiornamento, le conoscenze, le competenze e le abilità necessarie alla realizzazione delle attività e alla gestione degli aspetti relazionali con gli ospiti e i loro familiari</i>	
<i>Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le strutture semiresidenziali per anziani sono tenute a rispettare e ad adeguarsi anche ai requisiti essenziali di seguito indicati:</i>	
AF.1	È definito e implementato un piano di formazione e aggiornamento annuale per tutto il personale, che tenga conto dell'analisi dei bisogni formativi e delle caratteristiche assistenziali degli ospiti. Il piano deve comprendere percorsi formativi orientati all'apprendimento e all'approfondimento delle procedure e delle istruzioni operative interne, delle tematiche di cui al punto AO.13, nonché delle manovre di primo soccorso con impiego del defibrillatore automatico o semiautomatico (BLSD-Basic Life Support and Defibrillation)

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI – ASPETTI STRUTTURALI

<i>Occorre assicurare ad ogni ospite uno spazio di vita personale tale da garantire dignità e riservatezza, migliorando così la qualità di vita e l'efficacia dell'intervento assistenziale.</i>	
<i>Fermo restando quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, le strutture semiresidenziali per anziani sono tenute a rispettare e a adeguarsi anche ai requisiti essenziali di seguito indicati:</i>	
AST.1	<p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza in numero adeguato agli ospiti b) corridoi con larghezza minima di 1,5 mt
AST.2	La struttura è dotata di spazi per le attività di riattivazione motoria, in relazione alla tipologia degli ospiti
AST.3	Presenza di ascensori per strutture su più piani
AST.6	<p>La struttura è dotata di spazi "comuni" per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la "vita sociale", ivi comprese attività di tipo alberghiero per la somministrazione dei pasti; b) l'attività di tipo "ricreativo/animativo" c) l'attività di tipo "riabilitativo/rieducativo"
AST.7	I locali e gli arredi devono essere tali da garantire igiene, funzionalità e decoro e devono essere sanificabili
AST.8	<p>La struttura è dotata di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sistemi in grado di garantire adeguate condizioni microclimatiche (condizionatori/raffrescatori e impianti di riscaldamento); b) Sistemi di ricambio d'aria nei locali comuni, anche attraverso procedure organizzative.
AST.9	È presente un defibrillatore semiautomatico o automatico, il cui funzionamento viene periodicamente sottoposto a verifica
AST.16	La struttura ha accesso ad aree verdi e/o spazi esterni fruibili, di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzati in modo da garantire la permanenza all'aperto in condizioni di sicurezza.