

CENTRO DIURNO PER SOGGETTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE: REQUISITI GESTIONALI

Il centro diurno per soggetti con demenze è un servizio semiresidenziale, destinato a soggetti affetti da demenza e al sostegno dei familiari e/o altre persone di riferimento, che li assistono al domicilio.

Il Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) o inserito in struttura socio-sanitaria (C.D.A.I.) costituisce elemento fondamentale nella rete dei servizi territoriali ed è in collegamento con l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), l'Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) e il Medico di Medicina Generale (M.M.G.). Inoltre si pone come punto di riferimento territoriale nelle rete dei servizi e mette le sue risorse professionali a disposizione dei familiari, che mantengono al domicilio il proprio congiunto affetto da demenza.

SOGGETTI DESTINATARI

I destinatari del C.D.A.A./C.D.A.I. sono soggetti affetti da morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, con diagnosi accertata, in base a criteri scientifici validati. L'U.V.G. ne definisce l'eligibilità.

OBIETTIVI

Obiettivo del C.D.A.A./C.D.A.I. è il miglioramento della qualità della vita dell'utente e dei suoi famigliari, con la conseguente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.

A tal fine il C.D.A.A./C.D.A.I. predispone azioni volte a :

- individuare interventi terapeutici, anche per quanto concerne la presenza di altre eventuali patologie concomitanti;
- migliorare il quadro sintomatologico funzionale, psicologico e comportamentale;
- ridurre o abolire l'uso di psicofarmaci;
- stimolare le capacità sociali (comunicative, relazionali e cognitive);
- realizzare adeguati interventi di supporto ai famigliari e/o altre persone di riferimento.

Il C.D.A.A./C.D.A.I. è punto di riferimento anche per i familiari e/o altre persone di riferimento degli utenti. A tal fine il personale del C.D.A.A./C.D.A.I. promuove nei confronti dei congiunti o altra persona di riferimento interventi tesi al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- riduzione dello stress;
- promozione del benessere psichico;
- mantenimento della salute fisica;
- miglioramento delle relazioni sociali;
- acquisizione di conoscenze sulla malattia e di capacità di gestire il paziente;

- miglioramento della relazione con il familiare o altra persona di riferimento.

MONITORAGGIO

Nei riguardi dell'utente è necessario monitorare periodicamente le seguenti aree facendo anche riferimento alle relative scale, come ad esempio:

- cognitive - ESAME DELLO STATO MENTALE [Mini - Mental State Examination (M.M.S.E.) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR];
- comportamentali e relativo carico assistenziale - INVENTARIO NEUROPSICHIATRICO [Neuropsychiatric Inventory (N.P.I) Cummings IL, Mega M, Gray K];
- funzionali - SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA [Barthel Index (B.I.) Mahoney FI, Barthel DW].

Occorre, inoltre, valutare:

- il carico assistenziale sugli operatori - SCALA PER LA DEMENZA DI ALZHEIMER DI GRADO SEVERO [Bedford Alzheimer Nursing Severità Scale (B.A.N.S.S.) Volicer L, Hurley AC, Lathi DC, Kowall NW];
- il carico assistenziale ed emotivo-affettivo del familiare o di altra persona di riferimento - INVENTARIO DEL CARICO DEL CAREGIVER [CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI) Novak M e Guest C, 1989].

ACCESSO E FREQUENZA

L'inserimento al C.D.A.A./C.D.A.I. è disposto dall'U.V.G. dell'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) competente per territorio, che verifica l'ammissibilità e predispone il Progetto individuale sulla base dei bisogni del soggetto e delle esigenze dei familiari o altra persona di riferimento, emersi in sede di valutazione.

La frequenza al C.D.A.A./C.D.A.I. può essere modulata in base ai bisogni del soggetto e della famiglia o altra persona di riferimento, purché definita e concordata in sede U.V.G. e in accordo con il responsabile del C.D.A.A./C.D.A.I. .

Il C.D.A.A./C.D.A.I. deve essere aperto per almeno 5 giorni alla settimana (da lunedì a venerdì) con un orario minimo di 8 ore giornaliere (comprensive del pranzo). L'attività del Centro Diurno può essere sospesa per limitati periodi durante l'anno, in base a motivate esigenze organizzative locali.

Il C.D.A.A./C.D.A.I. ha una ricettività massima di 20 utenti/die e deve essere in possesso dei requisiti strutturali stabiliti nell'Allegato C) del presente provvedimento.

All'utente deve essere garantito il servizio di trasporto da e per il domicilio, da parte del centro diurno anche attraverso accordi e risorse locali.

PRESTAZIONI

Dal momento dell'ingresso nel C.D.A.A./C.D.A.I., tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione, per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona;
- alle attività della vita quotidiana;
- alle abitudini alimentari;
- all'umore ed ai comportamenti;
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

Nel C.D.A.A./C.D.A.I. devono essere garantiti i seguenti interventi all'interno del Piano Assistenziale Individuale:

- valutazione geriatrica, con programmazione delle attività sanitarie, controllo periodico e gestione dei problemi cognitivi, comportamentali, funzionali e delle patologie intercorrenti;
- nursing orientato al mantenimento e stimolazione delle capacità residue;
- animazione orientata a favorire l'esercizio delle funzioni fisiche e psichiche (cognitive e affettive).

A causa della variabilità della evoluzione della malattia il programma terapeutico-assistenziale il P.A.I. deve essere individualizzato e periodicamente valutato. E' infatti attraverso tale strumento che si sancisce il passaggio da un servizio per prestazioni a quello per progetti e quindi da una assistenza eguale per tutti ad una assistenza individualizzata.

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al medico responsabile del C.D.A.A./C.D.A.I..

Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) assicura le prestazioni sanitarie previste dalla normativa convenzionale vigente.

Il C.D.A.A./C.D.A.I., se gestito direttamente dalla Azienda Sanitaria Locale, può fornire prestazioni psicodiagnostiche e di riabilitazione cognitiva e motoria anche a soggetti esterni, con accesso sempre tramite l' U.V.G.; in tal caso occorre prevedere una maggiore presenza settimanale delle figure professionali competenti con formazione specifica in base alle necessità.

PERSONALE

Tutte le figure professionali del C.D.A.A./C.D.A.I. devono lavorare in équipe per raggiungere gli obiettivi, nei confronti degli utenti e delle loro famiglie, definiti nel Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

La direzione sanitaria viene garantita dal Direttore Sanitario della struttura in cui il C.D.A.I. è inserito.

Nel caso di C.D.A.A. la Direzione Sanitaria è garantita dal Medico responsabile.

Si propongono due tipologie organizzative gestionali del Centro Diurno, differenti tra loro per gli standard orari indicati per alcune figure professionali, come indicato nelle tabelle 1 e 2. L'Azienda Sanitaria Locale di competenza, di concerto con la struttura semiresidenziale, può definire ulteriori tipologie organizzative, fermo restando l'obbligo di impiego di tutte le figure professionali indicate nelle suddette tabelle. La tipologia organizzativa prescelta può prevedere una contenuta flessibilità ed adattabilità in rapporto alle specificità degli utenti presenti.

La scelta del modello organizzativo è approvata, con apposito atto, dall'Azienda Sanitaria Locale di competenza di concerto con la struttura semiresidenziale.

Tabella A

C.D.A.A./ C.D.A.I. - capienza max 20 utenti (previsione d'apertura 8 ore/die)			
Personale	Ore	Minuti per ospite/die	Note
Medico responsabile: geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche (•)	7,5/sett.li	---	Il M.M.G. si rapporta con il medico responsabile
Psicologo con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile	5/sett.li	---	Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori
Infermiere	8/die	24 (••)	Anche con funzione di coordinamento
Operatore Socio-Sanitario	28/die	84 (••)	L'operatore può essere di supporto alle attività di animazione, terapia occupazionale, etc.
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o altre figure professionali con formazione specifica in base alle necessità, che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto ed individuati nel P.A.I.	2,5/die	7,5	Le ore possono essere distribuite fra le diverse figure professionali sia dell'area sanitaria sia dell'area socio-assistenziale

(•) L'utente di in un C.D.A.A./C.D.A.I., in genere è in età geriatrica, si trova in una fase di malattia in cui, accanto a conoscenze cliniche specifiche della patologia, sono necessarie competenze relative a un approccio globale della persona, considerata la frequente presenza di comorbidità.

(••) Presenze da garantire quotidianamente in funzione all'organizzazione della struttura. Con numero di utenti inferiori a 20 il personale va proporzionato ai minuti di assistenza /utente, fatta salva la presenza minima di 3 operatori.

Tabella B

C.D.A.A./ C.D.A.I. - capienza max 20 utenti (previsione d'apertura 8 ore/die)			
Personale	Ore	Minuti per ospite/die	Note
Medico responsabile: geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche (•)	5/sett.li	---	Il M.M.G. si rapporta con il medico responsabile
Psicologo con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile	4/sett.li	---	Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori
Infermiere	3/die	9 (••)	
Operatore Socio-Sanitario	28/die	84 (••)	L'operatore può essere di supporto alle attività di animazione, terapia occupazionale, etc.
Educatore professionale,	38 ore sett		Con funzioni di coordinamento
Psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o altre figure professionali con formazione specifica in base alle necessità, che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto ed individuati nel P.A.I.	2 ore die	6	Le ore possono essere distribuite fra le diverse figure professionali sia dell'area sanitaria sia dell'area socio-assistenziale

(•) L'utente di in un C.D.A.A./C.D.A.I., in genere è in età geriatrica, si trova in una fase di malattia in cui, accanto a conoscenze cliniche specifiche della patologia, sono necessarie competenze relative a un approccio globale della persona, considerata la frequente presenza di comorbidità.

(••) Presenze da garantire quotidianamente in funzione all'organizzazione della struttura. Con numero di utenti inferiori a 20 il personale va proporzionato ai minuti di assistenza /utente, fatta salva la presenza minima di 3 operatori.

Il Medico responsabile è tenuto a compilare la Cartella clinica per ogni utente del C.D.A.A./C.D.A.I., comunicando al M.M.G. le eventuali sostanziali modificazioni dello stato di salute con le possibili variazioni terapeutiche; altresì è responsabile dell'équipe multidisciplinare interna al Centro, tiene i contatti con i M.M.G., l'U.V.G. e l'U.V.A., se l'utente è seguito anche da quest'ultima unità di valutazione.

La Cartella clinica del C.D.A.A./C.D.A.I. è composta oltre che dalle scale di valutazione sopraccitate, anche da informazioni relative a:

- anamnesi personale e dei disturbi cognitivi;
- esame obiettivo e psicocomportamentale;
- valutazione funzionale;
- variazioni significative clinico-terapeutiche e comportamentali.

VOLONTARIATO

Per le attività di animazione e di socializzazione possono essere attivati progetti specifici di collaborazione con organizzazioni di volontariato o volontariato singolo come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226 del 30.03.2005.

AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

Per quanto riguarda le procedure e le modalità di autorizzazione e di vigilanza di C.D.A.A./C.D.A.I. questi sono assimilabili ai C.D.I. e si fa riferimento al combinato disposto degli artt. n. 26, 27 e 54 della l.r. 1/2004 unitamente alle disposizioni contenute nella D.G.R. 11.2.2008, n. 32-8191.

ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE

Occorre che ogni C.D.A.A./C.D.A.I. definisca protocolli per indicare ai propri operatori quale sia il modo migliore per assicurare una assistenza di qualità, con il massimo dell'appropriatezza e di beneficio per l'ospite, il minimo rischio e un buon uso delle risorse.

Si rende altresì necessario che ogni C.D.A.A./C.D.A.I. definisca un programma di formazione, aggiornamento e sostegno motivazionale dei propri operatori, i cui contenuti devono essere tecnici, organizzativi, gestionali, etici, informati alla metodologia della valutazione e revisione della qualità.

Infine ogni C.D.A.A./C.D.A.I. deve predisporre una propria Carta dei Servizi ed un Regolamento.

**TARIFFA GIORNALIERA UTENTE C.D.A.A./C.D.A.I. PER MAX 20 UTENTI
C.D.A.A./C.D.A.I. per 5 giorni la settimana per 52 settimane
(260 giorni di apertura nell'anno per 8 ore/die)**

Tabella 1

Personale	Tempi assistenziali		Costo orario	Valore assoluto	Valore unitario	Occupazione 95% val. unit.
	Ore	Minuti utente/die				
1. Personale socio-sanitario						
Medico responsabile	7,5/sett.		56,00	21.840	4,20	4,42
Psicologo	5/sett.		42,00	10.920	2,10	2,21
Assistenza infermieristica (con funzioni anche di coordinamento dei servizi)	8/die	24	23,00	47.840	9,20	9,68
Assistenza tutelare socio-sanitaria	28/die	84	17,50	127.400	24,50	25,79
Educatore professionale/terapista occupazionale/psicomotricista, fisioterapista o altre figure professionali	2,5/die	7,5	21,00	13.650	2,63	2,76
1. Totale costi				221.650	42,63	44,86
2. Altro personale						
Responsabile di struttura				10.000	1,92	2,02
Amm.ne/segreteria/portineria				8.000	1,54	1,62
2. Totale costi				18.000	3,46	3,64
3. Servizi alberghieri						
Giornata alimentare				30.000	5,77	6,07
Lavanderia/biancheria/guardaroba				6.000	1,15	1,21
Pulizia				13.000	2,50	2,63
3. Totale costi				49.000	9,42	9,91
4. Costi diversi						
Assicurazioni				3.500	0,67	0,71
Spese generali e materiale di consumo				22.000	4,23	4,45
4. Totale costi				25.500	4,90	5,16
5. Costi misti di tipo strutturale						
Manutenzione ord. straord.				4.000	0,77	0,81
Ammortamenti/ Oneri fin./Fitto/Fondo riserva				36.000	6,92	7,29
5. Totale costi				40.000	7,69	8,10
TOTALE GENERALE				354.150	68,10	71,67
6. Costi trasporto				50.000	9,62	10,13
TOTALE GENERALE CON TRASPORTO				404.150	77,72	81,80

**TARIFFA GIORNALIERA UTENTE C.D.A.A./C.D.A.I. PER MAX 20 UTENTI
C.D.A.A./C.D.A.I. per 5 giorni la settimana per 52 settimane
(260 giorni di apertura nell'anno per 8 ore/die)**

Tabella 2

Parametri assistenziali				Costi		
Personale	Ore	Min.assist. /giorno/Ut.	Costo orario a persona	Costo medio annuo	Valore Unitario	Valore unitario (=valore annuo: 260:n. p.l. tasso occup.al 95%)
1. Personale socio-sanitario						
Medico responsabile	5 sett.		56,00	14.560	2,80	2,95
Psicologo	4 sett.		42,00	8.736	1,68	1,77
Assistenza infermieristica	3 die		21,00	16.380	3,15	3,32
Assistenza tutelare socio-sanitaria	28 die	84'	17,50	127.400	24,50	25,79
Psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o altre figure professionali	2 die	6,00	21,00	10.920	2,10	2,21
Educatore professionale (con funzione anche di coordinamento dei servizi)	38 sett	23	23,00	45.448	8,74	9,20
1. Totale costi				223.444	42,97	45,24
2. Altro personale						
Responsabile di struttura				10.000	1,92	2,02
Amm.ne/segreteria/portineria				8.000	1,54	1,62
2. Totale costi				18.000	3,46	3,64
3. Servizi alberghieri						
Giornata alimentare:				30.000	5,77	6,07
Lavanderia /Biancheria Guardaroba				6.000	1,15	1,21
Pulizia				13.000	2,50	2,63
3. Totale costi				49.000	9,42	9,91
4. Costi diversi						
Assicurazioni				3.500	0,67	0,71
Spese generali e materiale di consumo				22.000	4,23	4,45
4. Totale costi				25.500	4,90	5,16
5. Costi misti di tipo strutturale						
Manutenzione ord. straord.				4.000	0,77	0,81
Ammortamenti/ Oneri fin./Fitto/Fondo riserva				36.000	6,92	7,29
4. Totale				40.000	7,69	8,10
TOTALE GENERALE				355.944	68,44	72,05
Costi trasporto				50.000	9,62	10,53
TOTALE GENERALE CON TRASPORTO				405.944	78,06	82,58

METODO DI CALCOLO PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE (Tab. 1 e 2)

Per quanto attiene ai profili professionali dell'infermiere, OSS, educatore, fisioterapista, previsti dall'atto deliberativo la retribuzione prevista è quella del CCNL risultante dall'accordo del 31.7.2008 per le lavoratrici e i lavoratori delle cooperative sociali del settore socio-sanitario, assistenziale ed i valori tabellari sono quelli previsti dal 01.12.2009. I rimanenti costi sono stati definiti (con opportune rivalutazioni) prendendo a riferimento le indicazioni di cui alla DGR 17/2005 e s.m.i..

NUCLEO RESIDENZIALE TEMPORANEO PER SOGGETTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE: REQUISITI GESTIONALI

L'attivazione dei nuclei speciali per l'assistenza di soggetti affetti da demenza in residenze socio sanitarie rappresenta un obiettivo di qualificazione dell'attività svolta dai presidi residenziali extraospedalieri, al fine di assicurare agli stessi l'appropriatezza delle cure all'interno di un adeguato percorso assistenziale.

Il Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) è inserito nella rete dei servizi territoriali in collegamento con le Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), le Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) e il Medico di Medicina Generale (M.M.G.). Il N.A.T. è destinato a pazienti affetti da demenza con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche e con gravi disturbi comportamentali. La permanenza nel nucleo ha carattere di temporaneità: l'U.V.G. dell' Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) di residenza dell'utente deve verificare periodicamente, in base al Progetto di intervento individualizzato, se sussiste la necessità della permanenza del soggetto ricoverato, o se ne sia attuabile la dimissione od il trasferimento in residenza socio-sanitaria o al domicilio.

SOGGETTI DESTINATARI

I destinatari del N.A.T. sono soggetti affetti da demenza di grado moderato-severo con gravi disturbi comportamentali o severi sintomi psichici, che possono trarre vantaggio da un intervento terapeutico psico-riabilitativo intensivo, sulla base di un progetto individuale predisposto dall'U.V.G., provenienti da altri Nuclei di residenze socio-assistenziali, dai Centri Diurni Alzheimer (C.D.A./C.D.A.I.), dal proprio domicilio, dall'ospedale.

VALUTAZIONE E PROGETTO INDIVIDUALE

L'U.V.G. sulla base di una diagnosi di demenza accertata, valuta le condizioni cliniche e la severità dei disturbi comportamentali, individua i bisogni, ne definisce il Progetto individuale.

I disturbi comportamentali devono essere valutati con lo strumento Neuropsychiatric Inventory [(N.P.I) di Cummings IL, Mega M, Gray K], il punteggio complessivo non deve essere inferiore a 24 o raggiungere in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12.

Tuttavia l'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di considerare appropriato un ricovero in N.A.T. in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di criticità e/o instabilità, qualora si possa prevedere un beneficio per la persona valutata, precisandone le motivazioni.

Il Progetto individuale deve comprendere gli obiettivi, le figure professionali coinvolte, gli interventi, i tempi di rivalutazione e in base all'esito il percorso successivo.

OBIETTIVI

- riduzione e controllo disturbi comportamentali;
- sostegno alle condizioni generali (in particolare nutrizionali);
- trattamento comorbilità;

- monitoraggio terapie psicofarmacologiche;
- riduzione e/o abolizione della contenzione fisica;
- tutela dell'incolumità del paziente;
- attivazione/riabilitazione applicata all'area cognitiva, all'area del comportamento e all'area dell'abilità funzionali con tecniche di comprovata efficacia.

Per i familiari degli ospiti devono essere previste attività di sostegno quali colloqui individuali, gruppi di auto-mutuo-aiuto e formazione, al fine di facilitare la gestione del paziente anche per un eventuale rientro al domicilio.

ORGANIZZAZIONE

L'inserimento è disposto dall'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza del soggetto interessato, che certifica l'ammissibilità, anche su proposta dell'U.V.A..

Ogni N.A.T. deve operare in stretta collaborazione con i C.D.A.A./C.D.A.I. di riferimento sul territorio.

Considerata la particolare tipologia dei pazienti, i N.A.T. possono essere articolati in moduli da 10/20 posti letto.

PRESTAZIONI

Dal momento dell'ingresso nel N.A.T., oppure dalla visita di pre-accoglienza, tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione, per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona;
- alle attività della vita quotidiana;
- alle abitudini alimentari;
- all'umore ed ai comportamenti;
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

Nei N.A.T. inoltre devono essere garantiti i seguenti interventi all'interno del Piano Assistenziale Individuale:

- osservazione comportamentale;
- valutazione psico-diagnostico-terapeutica, programmazione attività sanitaria, controllo periodico con gestione dei problemi sanitari intercorrenti;

- nursing orientato al mantenimento delle capacità residue e delle attività di base della vita quotidiana;
- animazione orientata a favorire l'esercizio delle funzioni psichiche;
- attività psicodiagnostica, di riabilitazione cognitiva e motoria.

E' infatti attraverso tale strumento, il P.A.I., che si sancisce il passaggio da un servizio per prestazioni a quello per progetti e quindi da una assistenza eguale per tutti ad una assistenza individualizzata.

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al medico responsabile del N.A.T..

Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.) assicura le prestazioni sanitarie previste dalla normativa convenzionale vigente.

PERSONALE

Tutte le figure professionali del N.A.T. devono lavorare in équipe, a seconda delle diverse competenze professionali, per raggiungere gli obiettivi, nei confronti degli ospiti e delle loro famiglie, definiti nel Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

La direzione sanitaria viene garantita dal Direttore Sanitario della struttura in cui il nucleo è inserito.

Nucleo residenziale per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze (max 20 pl)			
Personale	Ore	Minuti ospite/die	Note
Direttore sanitario	5 sett.li		
Medico responsabile: geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche (●)	10 sett.li		Il M.M.G. si rapporta con il medico responsabile
Psicologo con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile (●●)	10 sett.li		Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori
Infermieri	12/die	30	di cui 1 con funzioni di coordinamento
Operatori Socio Sanitari (●●●)	70/die	210	L'O.S.S. può essere di supporto alle attività di animazione, terapia occupazionale, etc.
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o altre figure professionali con formazione specifica in base alle necessità, che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto ed individuati nel P.A.I.	21 sett.li	9	Le ore possono essere distribuite fra le diverse figure professionali sia dell'area sanitaria sia dell'area socio-assistenziale

(●) Il paziente ospitato nel N.A.T., in genere è in età geriatrica, si trova in una fase di malattia in cui, accanto a conoscenze cliniche specifiche della patologia, sono necessarie competenze relative a un approccio globale della persona, considerata la frequente presenza di comorbilità.

(●●) Lo psicologo ha funzioni di supervisione e supporto sia per l'equipe assistenziale sia per i familiari degli ospiti.

(●●●) Presenze da garantire quotidianamente in funzione all'organizzazione della struttura. Con numero di utenti inferiori a 20 il personale va proporzionato ai minuti di assistenza /utente, fatta salva la presenza minima di 2 operatori per ogni turno lavorativo.

VOLONTARIATO

Per le attività di animazione e di socializzazione possono essere attivati progetti specifici di collaborazione con organizzazioni di volontariato o volontariato singolo come previsto dalla D.G.R. n. 17-15226 del 30.03.2005.

AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

Per quanto riguarda le procedure e le modalità di autorizzazione e di vigilanza dei N.A.T. questi sono assimilabili ai nuclei delle strutture extraospedaliere delle Residenze Sanitarie Assistenziali e si fa riferimento al combinato disposto degli artt. n. 26, 27 e 54 della l.r. 1/2004 unitamente alle disposizioni contenute nella D.G.R. 11.2.2008, n. 32-8191.

ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE

La centralità della persona e la risposta ai suoi bisogni costituiscono il cardine dell'assistenza personalizzata. Pertanto la struttura deve garantire il rispetto e soddisfare i bisogni di socializzazione dell'ospite attraverso il mantenimento dei rapporti con l'esterno. Deve quindi favorirsi la partecipazione di persone dall'esterno (familiari negli orari più ampi, volontariato, amici, etc.), in modo tale che l'organizzazione del servizio sia scandita da momenti di socializzazione, oltre all'animazione, che deve avvalersi di personale competente.

Occorre che ogni N.A.T. definisca procedure e protocolli per indicare agli operatori quale sia il modo migliore per assicurare una assistenza di qualità con il massimo dell'appropriatezza e di beneficio per l'ospite, il minimo rischio e un buon uso delle risorse.

Si rende altresì necessario che ogni N.A.T. definisca un programma di formazione e aggiornamento dei propri operatori, i cui contenuti devono essere tecnici, organizzativi, gestionali, etici, informati alla metodologia della valutazione e revisione della qualità.

Infine ogni N.A.T. deve predisporre una propria Carta dei Servizi ed un Regolamento.

TARIFFA GIORNALIERA UTENTE PER N.A.T. DI MAX 20 POSTI LETTO

Personale	Tempi assistenziali		Costo orario	Valore assoluto	Valore unitario	Occupaz. 95% val. unit.
	Ore	Minuti utente/die				
1. Personale socio-sanitario						
Direttore sanitario	5/sett.	---	56,00	14.560	2,00	2,11
Medico specialistica	10/sett.	---	56,00	29.120	4,00	4,22
Psicologo	10/sett.	---	42,00	21.840	3,00	3,15
Assistenza infermieristica (con funzioni anche di coordinamento)	12/die	36	23,50	102.930	14,10	14,84
Assistenza tutelare socio-sanitaria	70/die	210	19,20	490.560	67,20	70,74
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista, o altre figure professionali	21/sett.	---	21,00	22.932	3,14	3,31
1. Totale costi				681.942	93,44	98,37
2. Altro personale						
Responsabile di struttura				18.000	2,47	2,60
Amm.ne/segreteria/portineria				12.000	1,64	1,73
2. Totale costi				30.000	4,11	4,33
3. Servizi alberghieri						
Giornata alimentare				68.000	9,32	9,81
Lavanderia/biancheria/guardaroba				34.000	4,66	4,91
Pulizia				37.000	5,07	5,34
Parrucchiere				3.200	0,44	0,46
3. Totale costi				142.200	19,49	20,52
4. Costi diversi						
Assicurazioni				5.000	0,68	0,72
Spese generali e materiale di consumo				37.000	5,07	5,34
4. Totale costi				42.000	5,75	6,06
5. Costi misti di tipo strutturale						
Manutenzione ord. straord.				6.500	0,89	0,94
Ammortamenti/ Oneri fin./Fitto/Fondo riserva				48.000	6,58	6,93
5. Totale costi				54.500	7,47	7,87
TOTALE GENERALE				950.642	130,26	137,15

METODO DI CALCOLO PER LA DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA

Per quanto attiene ai profili professionali dell'infermiere, OSS, educatore, fisioterapista, previsti dall'atto deliberativo la retribuzione prevista è quella del CCNL risultante dall'accordo del 31.7.2008 per le lavoratrici e i lavoratori delle cooperative sociali del settore socio-sanitario, assistenziale ed i valori tabellari sono quelli previsti dal 01.12.2009. I rimanenti costi sono stati definiti (con opportune rivalutazioni) prendendo a riferimento le indicazioni di cui alla DGR 17/2005 e s.m.i..

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE AFFETTE DA MORBO DI ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE: REQUISITI STRUTTURALI

Indice:

0. Premessa

1. Requisiti generali delle strutture semiresidenziali e residenziali

- 1.1. Localizzazione
- 1.2. Requisiti generali
- 1.3. Requisiti igienici
 - 1.3.1. Altezza minima
 - 1.3.2. Requisiti delle camere per ospiti
 - 1.3.3. Impianti di riscaldamento o di climatizzazione
 - 1.3.4. Illuminazione
 - 1.3.4.1 Illuminazione naturale diretta
 - 1.3.4.2. Illuminazione artificiale
 - 1.3.5. Ventilazione meccanica
 - 1.3.6. Protezione acustica
- 1.4. Sicurezza ed accessibilità
 - 1.4.1. Sicurezza degli ospiti
- 1.5. Wandering
- 1.6. Ausili per l'orientamento
- 1.7. Arredi
- 1.8. Tecnologia ed impianti
- 1.9. Aree esterne
- 1.10. Fonti energetiche alternative e capacità energetica del fabbricato

2. Ristrutturazione d'immobili o presidi esistenti

3. Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) e Centro Diurno Alzheimer Inserito entro un presidio socio-sanitario (C.D.A.I.) per utenti affetti da Alzheimer ed altre demenze

- 3.1. Definizione
- 3.2. Requisiti generali
- 3.3. Localizzazione
- 3.4. Accessibilità alla struttura
- 3.5. Capienza
- 3.6. Articolazione della struttura
 - 3.6.1. Servizi generali
 - 3.6.2. Servizi collettivi
 - 3.6.3. Servizi sanitari

4. Nuclei Temporanei (N.A.T.) per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze

- 4.1. Definizione
- 4.2. Requisiti generali
- 4.3. Localizzazione del presidio dotato di Nucleo Temporaneo per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze
- 4.4. Accessibilità alla struttura ed al Nucleo Temporaneo per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze
- 4.5. Capienza
- 4.6. Articolazione del nucleo residenziale
 - 4.6.1. Area abitativa
 - 4.6.2. Servizi di nucleo

0. Premessa

Le strutture previste come risposta residenziale e semi-residenziale all'assistenza e cura delle persone affette da morbo di Alzheimer ed altre demenze sono:

- Centri Diurni Autonomi (C.D.A.A.);
- Centri Diurni Inseriti entro un presidio socio-sanitario (C.D.A.I.);
- Nuclei Temporanei (N.A.T.).

Il Centro Diurno Autonomo (C.D.A.A.) ed il Centro Diurno Inserito entro un presidio socio-sanitario (C.D.A.I.) sono strutture riconducibili ai requisiti strutturali definiti rispettivamente nella D.G.R. 1 marzo 2000, n. 37-29527 e nella D.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311.

Sono invece assimilabili ai nuclei delle strutture extraospedaliere delle Residenze Sanitarie Assistenziali definite dal DPCM 22 dicembre 1989 e riconducibile, a livello regionale, dalla D.G.R. 18 novembre 1996, n. 203-14027, i Nuclei Temporanei (N.A.T.).

Le strutture per gli affetti dal morbo di Alzheimer ed altre demenze, rispetto ai presidi definiti nelle succitate DD.G.R., si caratterizzano per avere:

- una minore capienza (max 20 utenti o ospiti);
- uno o più spazi individuati per il vagabondaggio (wandering);
- ambienti identificati mediante un sapiente uso del colore;
- un'adeguata dotazione dei sistemi di automazione domotici.

1. REQUISITI GENERALI DELLE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI

1.1. Localizzazione

Le strutture semiresidenziali, o residenziali, devono essere ubicate in ambienti urbani già consolidati ed aventi destinazione urbanistica conforme agli strumenti di pianificazione e gestione locale del territorio.

Le strutture semiresidenziali o presidi che contengano un nucleo per gli affetti da Alzheimer ed altre demenze, devono essere localizzati in ambiti edificati ed urbanizzati, atti a favorire azioni integrate tra i centri di vita attiva e la rete dei servizi esistenti sul territorio.

1.2. Requisiti generali

Ogni struttura deve garantire:

- le condizioni di stabilità in situazioni normali o eccezionali quali terremoti, alluvioni ecc., in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente e dai Piani di Protezione Civile regionale;
- i requisiti igienico-sanitari prescritti dalla normativa nazionale vigente nonché dai locali Regolamenti d'Igiene;
- la difesa dagli incendi secondo le disposizioni vigenti;
- le condizioni di sicurezza degli impianti in conformità alla normativa comunitaria e nazionale;
- l'accessibilità della struttura ai fini del superamento e della eliminazione delle barriere architettoniche.

1.3. Requisiti igienici

Il grado di benessere e confort raggiungibile dalle persone affette da Alzheimer ed altre demenze nelle strutture a loro destinate, non sono ancora oggi oggetto di studi specifici.

I parametri che concorrono al benessere psicofisico dell'ospite o dell'utente, quali la temperatura, il grado d'umidità, la ventilazione, l'illuminamento ed il livello sonoro, sono - pertanto - da perseguire attraverso l'applicazione congiunta di norme nazionali, locali, generali e settoriali.

1.3.1. Altezza minima

L'altezza minima interna utile dei locali è fissata in m. 2,70 riducibili a m. 2,40 per i corridoi, i disimpegni in genere, i bagni, i gabinetti ed i ripostigli.

Nel caso d'altezze non uniformi, ogni locale deve avere un'altezza media non inferiore ai limiti stabiliti al comma precedente.

1.3.2. Requisiti delle camere per ospiti

Le camere dei Nuclei Temporanei (N.A.T.) per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze, devono possedere le seguenti superfici:

- mq. 12 per una persona;
- mq. 18 per due persone.

Ogni camera deve essere dotata di servizio igienico proprio e collegato mediante locale anti-w.c. Sia il bagno sia l'antibagno devono essere dotati di ventilazione naturale o forzata meccanica temporizzata.

I servizi igienici devono essere provvisti di tazza, con eventuale funzione di bidet munito di doccietta, o bidet, doccia a raso pavimento, lavabo e corrimani orizzontali e verticali.

L'erogazione dell'acqua calda e fredda deve avvenire mediante rubinetteria temporizzata, al fine di interrompere automaticamente la fuoriuscita dell'acqua quando l'ospite ne dimentica la chiusura, e con miscelatori automatici o programmati per impedire che la persona possa bruciarsi.

Gli arredi nei bagni devono essere disposti in modo da agevolarne l'uso alle persone diversamente abili e secondo i disposti del DPR 503/96.

Deve essere altresì agevolato l'uso e la sicurezza dei servizi igienici mediante contrasto di colori fra il pavimento, gli arredi, la parete, il sedile del wc e soprattutto i maniglioni di sostegno, che devono contrastare con la parete ed avere la massima visibilità.

Sono da evitare i sostegni metallici e/o cromati, perché producono riflessi di luce.

Le camere degli ospiti devono essere dotate di: letto, comodo, tavolino con sedia o poltroncina munita di braccioli per facilitare l'ospite ad alzarsi o sedersi.

La posizione del letto, a tre snodi e ad altezza variabile, deve essere disposta in modo che l'ospite, da sdraiato, possa vedere simultaneamente la porta d'ingresso, l'accesso al bagno ed il paesaggio al di là della finestra.

Gli ingressi delle stanze, così come le camere, devono essere personalizzati sia con interventi cromatici sia mediante l'esposizione di segni o simboli identificativi.

Può essere, altresì, prevista la realizzazione di un affaccio vetrato alla camera, oscurabile dalla stessa o, preferibilmente, dal corridoio.

1.3.3. Impianti di riscaldamento o di climatizzazione

Il presidio, sia esso residenziale o diurno, deve essere dotato di un impianto di riscaldamento o di climatizzazione (riscaldamento/raffrescamento) a basse emissioni in atmosfera e ad alto rendimento energetico.

Durante il periodo invernale deve essere garantita, in tutti gli ambienti che compongono il presidio, compresi i servizi igienici collettivi, un valore della temperatura interna degli ambienti di $20\text{ °C} + 1\text{ °C}$, a fronte di una temperatura esterna sino a -5 °C .

Tale valore può essere aumentato di 1 o 2 °C nei bagni assistiti.

Durante il periodo estivo la temperatura ottimale, viceversa, non deve superare i 26 °C con un'umidità del 55% .

Per garantire il comfort termico degli ospiti, ogni camera deve aver assicurato un numero di ricambi volume-ambiente per ora conformi alle disposizioni vigenti, essere dotata di un termostato, eventualmente celato, e gli impianti di raffrescamento devono essere posti in modo tale da non creare disagio agli ospiti stessi.

1.3.4. Illuminazione

1.3.4.1 Illuminazione naturale diretta

Tutti gli ambienti, eccetto quelli destinati ai servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli, devono fruire d'illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso.

Per ciascun locale, l'ampiezza della finestra deve essere tale da assicurare un valore di fattore luce diurna medio non inferiore al 2% , e in ogni caso la superficie finestrata apribile non deve essere inferiore ad $1/8$ della superficie del pavimento.

1.3.4.2 Illuminazione artificiale

Gli impianti per l'illuminazione artificiale dei vari ambienti devono essere conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza e devono essere adeguatamente protetti per impedire all'ospite di accedere ai quadri elettrici, alle prese, alle reti, ecc...

L'illuminazione artificiale deve essere convenientemente distribuita e dimensionata per evitare fenomeni di abbagliamento, ridurre eventuali zone d'ombra e compensare la ridotta capacità visiva degli ospiti.

Al fine di garantire all'ospite l'accessibilità notturna ai servizi igienici, gli impianti d'illuminazione devono essere dotati di opportuni sensori termici per il rilevamento automatico della presenza della persona nell'ambiente.

1.3.5. Ventilazione meccanica

Qualora le caratteristiche tipologiche degli ambienti destinati ai servizi igienici degli utenti o del personale di servizio non consentano di fruire di ventilazione naturale, si può ricorrere alla termoventilazione con accensione automatica collegata all'interruttore dell'illuminazione artificiale, con temporizzatore ritardante l'arresto di almeno 3 minuti.

1.3.6. Protezione acustica

I materiali utilizzati per le nuove costruzioni o le ristrutturazioni d'immobili o presidi esistenti debbono garantire un'adeguata protezione acustica agli ambienti per quanto concerne i rumori provenienti dall'esterno della struttura, da locali contigui alla stessa, da spazi destinati a servizi comuni e da impianti o apparecchi in ogni caso installati nel fabbricato.

Pertanto, in sede esecutiva, è necessario che siano assunti tutti gli accorgimenti tecnici e tecnologici, affinché i requisiti acustici passivi del presidio residenziale o diurno rientrino nei valori limite fissati dal D.P.C.M. 5 dicembre 1997.

1.4. Sicurezza ed accessibilità

Il binomio sicurezza ed accessibilità, già presente nella Direttiva europea sui prodotti da costruzione, evidenzia il legame che sussiste tra i due problemi. Si può, infatti, affermare che tanto più una struttura è accessibile, tanto più essa è sicura.

La correlazione tra le stesse deve - pertanto - essere una costante preoccupazione del progettista, quantunque il legislatore abbia emanato in proposito norme specifiche che qui si richiamano:

- D.M. 18 settembre 2002 "Regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private";
- D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici";
- D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro".

Per sicurezza s'intende l'attività finalizzata a rendere minimi i rischi.

A tal proposito, al fine di prevenire gli incendi ed allo scopo di raggiungere i primari obiettivi di sicurezza relativi alla difesa delle persone e alla tutela dei beni, i presidi socio sanitari in questione, devono essere realizzati in modo da:

- minimizzare le cause d'incendio;
- garantire la stabilità delle strutture portanti al fine di assicurare il soccorso agli occupanti;
- limitare la produzione e la propagazione di un incendio all'interno dei locali mediante l'utilizzo di materiali ignifughi;
- assicurare la possibilità agli occupanti di lasciare i locali indenni ed alle squadre di soccorso di operare in condizioni di sicurezza.

Per accessibilità s'intende, invece, la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere il C.D.A.A./C.D.A.I. e N.A.T. le sue singole unità ambientali, di entrarvi facilmente e di usare spazi ed attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza ed autonomia.

A tal fine è necessario che l'accesso alle strutture sia preferibilmente coperto con una pensilina, presenti un percorso orizzontale, preferibilmente in piano e ad andamento regolare, avente le dimensioni prescritte dalla normativa vigente e realizzato con materiale antisdrucchiolevole.

Al fine di assicurare un'adeguata e completa accessibilità alla struttura deve, inoltre, essere predisposta un'adeguata segnaletica indicante le attività ivi svolte ed i percorsi per raggiungerle.

Deve altresì essere segnalata, con appositi accorgimenti grafici, ogni situazione di pericolo.

1.4.1. Sicurezza degli ospiti

Al fine di garantire la sicurezza degli ospiti nelle strutture residenziali o nei centri diurni, sia sotto il profilo dell'instabilità motoria sia del vagabondaggio, è necessario evitare situazioni di pericolo mediante la protezione di spigoli vivi con adeguati copri spigolo e lo studio integrato nell'uso differenziato di colori per pavimenti, rivestimenti, pareti, porte ed arredi.

Deve poter essere opportunamente controllato ogni movimento della vita dell'ospite mediante:

- l'installazione di monitor;
- la disposizione di arredi componibili di adeguata altezza per non occludere la vista;
- l'installazione, nei letti e/o nei bagni, di sensori di rilevamento dei movimenti.

Deve altresì essere posta idonea attenzione ai pericoli derivanti dall'affaccio a ringhiere e/o finestre.

1.5. Wandering

Camminare o vagabondare incessantemente (wandering) in uno spazio costruito è uno dei sintomi più frequenti nelle persone affette da Alzheimer ed altre demenze. Tale comportamento è dettato:

- dall'obiettivo di cercare qualcosa;
- dall'obiettivo di fare qualcosa;
- senza alcun obiettivo apparente.

Lo spazio destinato a tale attività deve quindi essere appropriato, sicuro, lungo percorsi ben definiti e non esclusivi.

Quest'atteggiamento è spesso un bisogno da parte del malato di trovare i confini del luogo dove si trova, per questo limitarne o fermarne il movimento potrebbe aumentarne l'agitazione e causare rabbia o frustrazione.

Per queste ragioni è opportuno lasciare gli ospiti al loro vagabondaggio ed attrezzare dei percorsi sicuri ricchi di possibilità di svolgere attività o, in ogni caso con elementi che possano attirarne l'attenzione. Taluni studi effettuati sui pazienti, hanno dimostrato che quando questi hanno la possibilità di muoversi liberamente in un ambiente protetto, lungo percorsi continui che si svolgono lungo aree attrezzate per attirarne l'interesse ad esempio con acquari, zone d'attività, luoghi per fermarsi, ecc... tutto ciò fa sì che il vagabondaggio assuma uno scopo e non sia solamente un vagare senza senso.

Un percorso per il vagabondaggio con caratteristiche ottimali non deve - pertanto - essere situato in un corridoio convenzionale o in uno spazio all'uopo preposto, ma deve essere ricercato in più punti della struttura, al fine di costituire un mixer d'aree da offrire all'ospite della residenza o all'utente del centro diurno, a condizione che le stesse siano facilmente monitorabili dal personale di assistenza e perseguano gli obiettivi succitati.

Qualora si volesse attrezzare una o più di queste aree, è suggeribile che la stessa, o le stesse, posseggano un percorso continuo e circolare, attorno ad un'attrezzatura (Activity Centre), realizzata con materiali diversi atti alla stimolazione sensoriale, tattile, uditiva e visiva, cui si susseguono gli elementi di sosta e d'attività, quali:

- mobili per il rovistio e manipolazioni in legno naturale, con ripiani, cassetti e sportelli;
- acquario, come punto di interesse specifico;
- video che proiettino immagini scelte dal personale di assistenza, con sedili in corrispondenza della visione;
- fontana per la stimolazione sensoriale (toccare l'acqua, annaffiare i fiori, ecc...);

- giardino d'inverno;
- box di musica per la stimolazione sonora, provvisto di poltrona isolata acusticamente.

Qualora - infine - il presidio sia dotato di giardino è suggeribile costituire un collegamento tra i due mediante un percorso attrezzato e complanare.

1.6. Ausili per l'orientamento

Il processo neuro-degenerativo influisce sulla padronanza della memoria, del linguaggio, della percezione e della cognizione spaziale, per questo è indispensabile che gli spazi destinati alle persone affette da demenza favoriscano la sicurezza, limitino il disagio ed agevolino l'orientamento, attraverso il riconoscimento dello spazio ove si trovano.

Tra le scelte progettuali, che concorrono ad accrescere nel soggetto la consapevolezza dello spazio, vi è il colore che, oltre a contribuire al benessere, partecipa in maniera decisiva alla riconoscibilità dell'ambiente, all'orientamento, fornisce stimoli e rende evidente i pericoli.

È chiaro che non esiste una risposta univoca al problema della scelta del colore, essendo questa dipendente da fattori soggettivi (non è possibile proporre un unico e corretto interfaccia colore - progetto - utente, per ogni individuo con una propria identità) e oggettivi (generazionali, culturali, geografici).

Ciononostante, dal confronto di più competenze, è possibile fornire una serie d'indicazioni cromatiche per:

- aumentare la percezione dello spazio, è necessario prediligere colori brillanti, mitigare fenomeni d'abbagliamento, presenti in quasi tutti le persone affette da demenza e non, è utile l'uso di colori caldi, quali il rosa pesco, o freddi, come le tonalità del verde;
- delimitare i piani orizzontali (pavimenti, pedate scale, ecc..) da quelli verticali (pareti, alzate scale, ecc...) è necessario creare una netta distinzione di colore tra l'uno e l'altro;
- accrescere l'identificazione degli spazi comuni rispetto alle camere è utile introdurre colori diversi avendo cura di evitare, in generale, fenomeni di fasce d'ombra;
- estendere la sensazione di spazio ampio e dilatato, è necessario usare colori chiari e caldi che accrescono il senso di rilassatezza;
- impedire la fuga ed accrescere il controllo, occorre trattare porte, maniglie e serrature con la stessa tonalità;
- eludere i tentativi di uscita autonoma dei soggetti, è necessario che i serramenti della zona giorno non siano eccessivamente differenziati dalle pareti;
- identificare le singole camere è suggeribile l'introduzione di oggetti di riconoscimento (nomi, fotografie, peluche, ecc...) anziché differenziare il colore dei serramenti la cui posizione è di difficile percezione per gli affetti da demenza.

Va - inoltre - ricordato come talune sperimentazioni condotte all'estero abbiano attribuito allo spazio, ed ai colori impiegati, un valore "protesico", inteso come compenso che si adatta alle limitazioni funzionali e cognitive del paziente.

1.7. Arredi

Gli arredi per i servizi che ospitano soggetti affetti da demenza devono possedere caratteristiche di facile riconoscimento ed utilizzo, con possibilità di mascheramento o chiusura nel decorso della malattia qualora sia opportuno inibirne l'uso da parte del malato.

Gli elementi che compongono gli arredi devono essere privi di spigoli vivi, di peso adeguato, sprovvisti di piedini d'appoggio, non pericolosi ed assimilabili agli arredi di una casa di civile abitazione al fine di accrescere, negli ospiti, il senso di familiarità degli ambienti.

Sono da preferire materiali plastici o di legno facilmente lavabili ed ignifughi, anziché metallici.

Sono altresì da prediligere arredi componibili atti a ricreare ambienti sempre nuovi entro lo spazio del presidio.

E' infine sconsigliato, escluso il bagno, l'uso degli specchi che possono generare effetto confondente nell'ospite.

1.8. Tecnologia ed impianti

Le strutture destinate a persone affette da demenza, le quali necessitano di un costante monitoraggio, devono dotarsi di sistemi d'automazione domotici atti ad offrire confort, sicurezza, risparmio energetico, comunicazione e controllo da locale a locale o a distanza.

Va da sé che la potenzialità del sistema mediante lo sviluppo di tecnologie elettroniche ed informatiche, impone un approccio progettuale nel quale far confluire le diverse esigenze della struttura come dell'ospite.

Il sistema deve prevedere:

- l'accesso alla struttura, o al reparto, attraverso la digitazione di un codice in possesso del personale con apertura automatica;
- il costante monitoraggio degli ospiti mediante un sistema di telecamere, web-cam, ecc...;
- il rilevamento delle chiamate dalle camere ed i relativi interventi del personale di assistenza;
- la ventilazione, il riscaldamento o la climatizzazione di ogni vano, compresi i bagni;
- il sistema di chiusura automatico delle aperture;
- il sistema di illuminamento degli ambienti
- la diffusione sonora negli ambienti comuni;
- il sistema di rilevazione incendi e di allarme della struttura.

L'infrastruttura di base è rappresentata da un cablaggio su bus digitale, su cui s'innestano le varie funzioni d'automazione del presidio che vanno dal comando singolo centralizzato o di gruppo di luci, tende, ecc..., alla gestione degli allarmi, o al controllo degli ospiti mediante schermi ubicati in apposite postazioni per il personale.

All'operatore restano, pertanto, le scelte dei parametri da assumere per garantire il livello di confort degli ambienti (impianti di filodiffusione, automazione luci, tende, tapparelle, ecc..), di sicurezza (impianti d'allarme antintrusione, controllo ospiti, allarme antincendio, ecc...) e di risparmio energetico, mediante la termoregolazione, a zone o aree, dei livelli microclimatici.

1.9. Aree esterne

L'area esterna al presidio è uno spazio controllato, protetto e delimitato ma è, soprattutto, lo spazio che può riuscire ad accogliere e soddisfare l'emotività dell'ospite; in qualche modo è un vaso, per una personalità la cui riduzione cognitiva ha generato il progressivo svuotamento della memoria e la privazione del vissuto.

La propensione del malato d'Alzheimer a camminare incessantemente (wandering), esclude di assumere percorsi squadrati nelle aree destinate a giardino che accrescerebbero uno stato d'ansia e incrementerebbero il suo disorientamento spaziale e temporale.

L'utilizzo dell'area esterna deve prevedere una tipologia ad anello, con mete o punti da raggiungere ben visibili, percorsi privi di diramazioni, tendenzialmente sinuosi, con tratti rettilinei brevi, con condizioni di luminosità omogenee, ampie e prive d'ombre e fenomeni d'abbagliamento e/o riflessi.

L'area deve essere pianeggiante e complanare alla struttura per rendere facile ed autonoma l'accessibilità, il giardino deve essere attrezzato con panchine in legno dall'aspetto familiare e con delle aiuole dalle essenze profumate che stimolino l'odorato ed assolvano l'esigenza tanto del riposo, quanto del benessere psicologico.

La varietà delle piante, prive di spine e non tossiche, possono così offrire una ricchezza d'esperienze sensoriali preziose per richiamare e mantenere il più a lungo possibile la percezione e il piacere del corpo.

Alcuni giardini possono essere arricchiti da fontane, voliere e orti. Gli orti devono essere rialzati da terra al fine di agevolare chi non può più chinarsi, mentre le fontane devono essere delimitate in modo tale da non costituire fonte di pericolo per l'ospite.

In questi ambienti, la cura delle piante, può assumere un'importante valenza "terapeutica" e contribuire a richiamare e a mantenere viva la relazione con la natura.

I materiali da usarsi per gli arredi dovranno rispondere al bisogno di creare un ambiente psicologicamente accogliente e familiare nell'aspetto e consentire attività che impegnino il malato con gradi diversi di abilità.

Visto, infine, l'alto valore terapeutico del giardino Alzheimer è necessario che lo stesso sia sempre presente ed abbia una superficie non inferiore a mq. 60, derogabile del 20% in caso di riconversione di una struttura socio-sanitaria già esistente.

1.10. Fonti energetiche alternative e capacità energetica del fabbricato

Negli interventi di ristrutturazione, o di nuova edificazione, in coerenza con gli indirizzi più generali di sviluppo sostenibile, sono preferibili scelte progettuali volte a favorire l'incremento, la valorizzazione e l'integrazione delle fonti rinnovabili e la diversificazione energetica per il contenimento dei consumi, in osservanza delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 19 agosto 2005, n. 192.

2. ADEGUAMENTO DI FABBRICATI O PRESIDII ESISTENTI

Nel caso d'interventi di ristrutturazione edilizia di strutture esistenti, così come definiti dall'art. 31 della L. 5 agosto 1978, n. 457, sono ammesse misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standards dimensionali definiti dal presente documento, purché gli stessi non costituiscano deroghe alla norma nazionale o europea.

3. CENTRO DIURNO ALZHEIMER AUTONOMO (C.D.A.A.) E CENTRO DIURNO ALZHEIMER INSERITO IN UN PRESIDIO SOCIO-SANITARIO (C.D.A.I.)

3.1. Definizione

Il C.D.A.A. ed il C.D.A.I. sono strutture semiresidenziali che assistono utenti affetti da demenza, attuando programmi riabilitativi e socializzanti mediante l'insieme combinato di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

3.2. Requisiti generali

Ogni struttura deve garantire il rispetto delle condizioni generali richiamate nel precedente punto 1.2 del presente documento.

3.3. Localizzazione

Il C.D.A.A. ed il C.D.A.I. devono essere ubicati in aree già urbanizzate ed in ambiti consolidati, al fine di favorire azioni integrate con la rete dei servizi esistenti sul territorio.

3.4. Accessibilità alla struttura

L'accessibilità alla struttura, e ad ogni sua parte, è disciplinata dal D.P.R. n. 503 del 24 luglio 1996 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici" e dalla normativa regionale di settore.

3.5. Capienza

La capienza dei C.D.A.A. e dei C.D.A.I. non può essere superiore a 20 utenti.

3.6. Articolazione della struttura

Il Centro Diurno Alzheimer può essere una struttura autonoma o inserita in una Residenza Sanitaria Assistenziale o in una Residenza Integrata Socio Sanitaria, che offre un servizio d'assistenza agli utenti affetti da demenza, a supporto delle loro famiglie.

Qualora il Centro Diurno Alzheimer sia inserito in un presidio socio-sanitario di nuova istituzione e/o realizzazione, lo stesso deve essere localizzato al piano terreno.

In caso di riconversione di una struttura socio-sanitaria è ammessa la localizzazione del Centro Diurno Alzheimer anche in un altro piano del fabbricato.

Il C.D.A.A., essendo una struttura autonoma, si articola, sotto il profilo funzionale, nei sotto elencati servizi:

Servizi generali, composti da:

- cucina/dispensa;
- lavanderia/stireria;
- spogliatoio e servizi igienici per il personale.

Servizi collettivi, composti da:

- ingresso/portineria/punto telefonico;
- ufficio amministrativo con annesso servizio igienico;
- servizi igienici per gli ospiti;
- soggiorno/TV/musica;
- sala riposo/lettura;
- sala polivalente;
- sala pranzo/area mini bar;
- locale per attività occupazionali;
- bagno assistito.

Servizi sanitari, composti da:

- ambulatorio e servizio igienico;
- palestra.

I C.D.A.I., viceversa, potendo usufruire di parte dei servizi del presidio, si devono dotare, oltre che degli ambienti esistenti nella struttura (spogliatoio e servizi igienici per il personale, ufficio amministrativo con annesso servizio igienico, soggiorno/TV/musica, locale

per attività occupazionali, ambulatorio e servizio igienico), dei sotto elencati servizi generali, collettivi e sanitari.

Servizi generali, composti da:

- cucina/dispensa;
- lavanderia/stireria.

Servizi collettivi, composti da:

- ingresso/portineria;
- servizi igienici per gli ospiti;
- sala riposo/lettura;
- sala polivalente;
- sala pranzo/area mini bar;
- bagno assistito.

Servizi sanitari, composti da:

- palestra o, in alternativa, ambulatorio con annesso servizio igienico.

Poiché il C.D.A.I. è inserito in una struttura autorizzata R.S.A. o R.I.S.S., nelle quali sono già presenti i servizi sanitari, si ritiene opportuno che gli utenti del centro possano appoggiarsi ai servizi sanitari già esistenti.

Di seguito sono descritte, per ogni ambiente, le caratteristiche ed i requisiti che gli stessi devono possedere per essere autorizzati.

3.6.1. Servizi generali

Sono i locali destinati al funzionamento proprio del C.D.A.A. sono costituiti dal locale spogliatoio per il personale, con annessi servizi, nonché da due aree operative, l'una destinata ai pasti e l'altra alla pulizia/lavaggio.

Stante la tipicità del C.D.A.A., per il servizio di lavanderia, così come per quello della cucina, ne è previsto l'appalto di fornitura esterna. I loro dimensionamenti sono quindi condizionati da un uso limitato che degli stessi se ne fa all'interno della struttura.

Cucina/dispensa: poiché si prevede che i pasti per gli ospiti siano forniti da ditte di ristorazione specializzate, la cucina deve essere preferibilmente ubicata in un'area facilmente accessibile ai fornitori e deve essere dotata di una dispensa per il deposito delle derrate e suddivisa nelle seguenti aree di lavoro:

- riscaldamento cibi;
- lavaggio e custodia stoviglie;
- distribuzione pasti.

Al fine di accrescere le capacità propositive e partecipative degli utenti, il servizio può, all'occorrenza, essere utilizzato dagli stessi per preparare cibi in occasione di eventi particolari.

Il locale cucina deve essere arredato da:

- un tavolo di lavoro;
- un armadietto per il deposito delle vettovaglie
- un forno, un fornello con piastre coperte;
- una lavastoviglie;
- un frigorifero;
- un lavello a due bacini;
- uno scaldavivande.

E' opportuno che gli apparecchi, e quindi i relativi punti di erogazione, siano disposti sulla stessa parete o su pareti contigue.

La cucina deve essere, per rivestimenti, impianti, arredi ed igienicità, conforme alle prescrizioni contenute nei locali Regolamenti d'Igiene Pubblica.

Superficie indicativa media per utente mq. 0,80.

Lavanderia/stireria: trattandosi di un servizio che svolge un'attività limitata è necessario che sia di modeste dimensioni e sia attrezzato con una vasca lavatoio con troppo-pieno, da una lavatrice avente capacità indicativa di 5 Kg., da uno stendibiancheria e da un'asse da stiro.

Superficie indicativa media per utente: mq. 0,40.

Spogliatoio del personale: il locale all'uopo preposto deve essere distinto per sesso e composto di uno spogliatoio con annesso servizio.

Lo spogliatoio deve essere arredato da idonei armadietti per il deposito degli indumenti dei lavoratori, nonché da una panca per sedere che agevoli le operazioni di vestizione/svestizione degli stessi.

Il servizio, destinato alle operazioni di igiene, è composto da un piatto doccia, da una lavabo con soprastante specchio e da una tazza wc.

I sanitari devono essere schermati al fine di consentire contestualmente più operazioni.

Superficie indicativa media per utente: mq. 0,80.

3.6.2. Servizi collettivi

Gli ambienti ad uso collettivo sono indispensabili agli utenti per migliorare la propria condizione, favorendo la vita di relazione mediante libere aggregazioni.

A tal fine gli spazi di socializzazione debbono essere accessibili ed usufruibili dagli utenti ed aperti a visitatori esterni.

Ogni servizio è composto da più unità ambientali avente i seguenti requisiti strutturali:

Ingresso/portineria: l'ingresso al C.D.A.A. è lo spazio preposto al ricevimento degli utenti nonché al servizio informazioni per l'intera struttura.

Al fine dell'accessibilità deve essere complanare ai percorsi pedonali d'accesso alla struttura.

La porta di accesso deve avere luce netta di mt. 1,50 e le zone retrostanti ed antistanti devono essere allo stesso livello ed avere una profondità di mt. 1,50. Eventuali zerbini devono essere incassati e le soglie devono, eventualmente, avere uno spessore non superiore a 2,50 cm. ed uno spigolo arrotondato atto a facilitare l'accesso a portatori di handicap su sedia a ruote.

L'ingresso al C.D.A.A. deve essere idoneamente dimensionato per svolgere un'azione di accoglienza degli utenti nonché un loro accompagnamento alle diverse attività.

A tal fine si deve prevedere un adeguato spazio di attesa, uno di informazione con funzione di portineria, un angolo attrezzato a punto telefonico ed uno spogliatoio per gli utenti. Quest'ultimo, che deve essere attrezzato con armadietti in numero corrispondente ai posti autorizzati, può essere anche ricavato in un locale specifico.

Superficie indicativa media per utente: mq. 1,00.

Ufficio amministrativo: l'ufficio di direzione e di amministrazione deve essere ubicato preferibilmente a ridosso dell'ingresso principale e provvisto di apposito servizio igienico indipendente, composto da tazza e lavabo.

Superficie indicativa media per utente: mq. 0,60.

Servizi igienici per gli utenti: i servizi igienici per gli utenti debbono essere suddivisi per sesso in due sezioni e separati da apposito antibagno. Essi devono contenere ciascuno una tazza ed un lavabo nell'antibagno.

Gli stessi devono essere dimensionati per le persone aventi ridotte o impedito capacità motorie in cui siano garantite, con opportuni accorgimenti spaziali, le manovre di una sedia a ruote necessarie per l'utilizzazione degli apparecchi sanitari.

Deve, in particolare, essere garantito lo spazio necessario per l'accostamento laterale della sedia a ruote alla tazza e l'accostamento frontale al lavabo, che deve essere del tipo a mensola.

Si deve dare preferenza ai rubinetti con manovra a leva e con erogazione dell'acqua calda regolabile mediante miscelatori termoscopici.

Il servizio deve infine essere dotato d'opportuni corrimani e di un campanello d'emergenza posto in prossimità della tazza.

Ogni altra specifica tecnica deve essere conforme alla normativa nazionale vigente.

Superficie indicativa media per utente: mq. 0,80.

Soggiorno/TV/musica: il locale soggiorno, essendo un'area socializzante, deve essere organizzato in spazi elementari diversi tra loro per differente arredo e colore.

Poiché in detto locale possono svolgersi contemporaneamente più attività (parlare, ascoltare, vedere, etc...) è opportuno prevedere per esso un'adeguata insonorizzazione, al fine di limitare situazioni di disturbo tra le diverse aree.

Ogni soggiorno deve, inoltre, essere provvisto di poltrone per il riposo e televisione posta su mensola sospesa.

Superficie indicativa media per utente: mq. 2,00.

Sala riposo/lettura: il locale riposo/lettura è uno spazio adibito a biblioteca e sala lettura ove, dopo il pranzo principale, è possibile usufruire delle poltrone per effettuare il riposo pomeridiano.

Superficie indicativa media per utente: mq. 2,00.

Sala polivalente: la sala polivalente è caratterizzata dalla multifunzionalità delle attività che in essa possono svolgersi; è pertanto necessario prevedere che la stessa sia

opportunamente delimitata da pareti mobili che, all'occorrenza, possono facilmente ridurre e/o ampliare la fruibilità della sala medesima.

Superficie indicativa media per utente: mq. 1,00.

Sala pranzo: la sala pranzo deve essere concepita come un luogo di incontro e di familiarizzazione e non solo come un luogo ove consumare il pranzo o la merenda. La sala deve essere preferibilmente di forma rettangolare, sufficientemente illuminata e posta a ridosso del locale cucina/dispensa.

E' preferibile disporre tavoli rivestiti in materiale lavabile per un massimo di quattro posti e sedie con braccioli.

Su uno dei lati minori della sala deve essere, inoltre, previsto un bancone per la preparazione e somministrazione delle bevande calde e fredde: detta area attrezzata costituirà il mini bar del C.D.A.A.

Superficie indicativa media per utente: mq. 2,00.

Locale per attività occupazionali: è un locale a disposizione degli ospiti per attività di tipo manuale e/o creativo, proteso a sviluppare le capacità e/o gli interessi degli stessi.

L'arredo in esso previsto è - pertanto - composto da: tavoli, sedie con braccioli ed armadietti ove riporre gli eventuali utensili.

Superficie indicativa media per utente: mq. 1,80.

Bagno assistito: è un locale per l'igiene personale degli utenti attrezzato con una vasca libera su tre lati ed appoggiata con una testata corta alla parete, al fine di consentire al personale del centro di assistere l'utenza in modo adeguato.

Sono preferibili vasche a sedile con accesso frontale mediante paratie estraibili, la vasca deve essere provvista di miscelatore termoscopico, comando erogazione acqua attraverso doccetta e sistema di disinfezione.

Al fine di agevolare l'entrata e l'uscita dalla vasca assistita, sia il C.D.A.A. sia il C.D.A.I. devono essere dotati di apposito solleva persone elettrico.

Superficie indicativa media per utente: mq. 0,80.

3.6.3. Servizi sanitari

I servizi sanitari presenti nel C.D.A.A. sono costituiti da un ambulatorio medico-infermieristico e da una palestra, mentre nei C.D.A.I., essendo già presenti, devono ulteriormente dotarsi o di una palestra o di un ambulatorio.

Ambulatorio: l'ambulatorio è un locale destinato ad offrire prestazioni di tipo infermieristico e farmacologico, può essere anche designato ad effettuare controlli periodici agli utenti e non.

L'ambulatorio deve essere arredato con una scrivania, un lettino, un armadio farmaceutico ed un lavandino a comando non manuale, con soprastante specchio, nonché dotato di servizio igienico indipendente provvisto di tazza wc.

Superficie indicativa media per utente: mq. 1,00

Palestra: il locale palestra del Centro Diurno ha la funzione di attuare processi riabilitativi sull'utente atti ad attivare la mobilità e il tono muscolare per accrescere l'autonomia nello svolgere le normali attività quotidiane.

La palestra deve pertanto contenere attrezzature idonee al perseguimento degli obiettivi succitati.

Superficie indicativa media per utente: mq. 1,00

4. NUCLEI TEMPORANEI (N.A.T.) PER SOGGETTI AFFETTI DA ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE

4. 1. Definizione

I Nuclei Temporanei (N.A.T.) per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze, presso le Residenze Sanitarie Assistenziali o le Residenze Integrate Socio Sanitarie, sono ambiti residenziali destinati a pazienti affetti da demenza di grado moderato-severo che presentano disturbi comportamentali, o problemi di elevata complessità, che possono giovare di un ambiente assistenziale e di progetti specifici mirati ad un ritorno ad altra sede dopo un periodo di ospitalità temporanea.

4.2. Requisiti generali

Ogni struttura deve garantire il rispetto delle condizioni generali richiamate nel precedente punto 1.2 del presente Allegato.

4.3. Localizzazione del presidio dotato di Nucleo Temporaneo per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze

Il N.A.T. per soggetti affetti da Alzheimer ed altre demenze deve trovare ubicazione entro una Residenza Sanitaria Assistenziale o una Residenza Integrata Socio Sanitaria, in ambienti urbani o in aree previste, a tale scopo, dagli strumenti di pianificazione urbanistica locale.

4.4. Accessibilità alla struttura ed al N.A.T.

L'accessibilità alla struttura, al nucleo residenziale e, più in generale, agli ambienti che compongono la stessa, è disciplinata dal D.P.R. n. 503 del 24 luglio 1996 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici".

4.5. Capienza

In un presidio esistente o di nuova edificazione, qualora si realizzi un nucleo N.A.T., lo stesso deve avere una capacità massima di 20 ospiti, suddivisi in un nucleo da 10, da 20 o due nuclei da 10.

Ad ogni piano possono essere previste una o più aree abitative, rispettivamente da uno o due nuclei da 10 p.l. o un nucleo da 20 p.l. complessivi e, in nessun caso, un nucleo abitativo può essere distribuito su due piani.

4.6. Articolazione del N.A.T.

Il N.A.T, oltre ad usufruire dei servizi generali, collettivi, sanitari ed ausiliari del presidio in cui è ubicato, è così articolato:

- Area abitativa, composta da:
 - camere ad uno o due posti letto con relativi servizi igienici.
- Servizi di nucleo, composto da:
 - soggiorno;
 - sala da pranzo;
 - cucinotta;
 - bagno assistito;
 - locali per il personale di assistenza, opportunamente dotato di servizio igienico;
 - servizi igienici collettivi di piano;
 - deposito biancheria sporca;
 - deposito biancheria pulita;
 - locale per il deposito carrozzine.

4.6.1. Area abitativa

L'area abitativa è costituita dalle camere destinate agli ospiti, con annesso servizio igienico, dimensionate per ospitare uno o due posti letti ed aventi le seguenti dimensioni:

Superficie per posto letto:

- mq. 12 per una persona;
- mq. 18 per due persone.

E' preferibile che il 40% dei posti letto del nucleo siano ubicati in camere singole, al fine di consentire una migliore gestione di ospiti con gravi disturbi comportamentali.

Tutte le stanze da letto devono essere provviste di finestra apribile.

Al fine di consentire l'utilizzazione dei servizi igienici anche da parte di persone con ridotte o impedito capacità motorie, gli stessi devono essere dimensionati e attrezzati nel rispetto delle normative nazionali e locali di riferimento, che qui di seguito si richiamano:

- Decreto del Ministro dei Lavori Pubblici - 14 giugno 1989, n. 236 - "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche";
- D.P.R. n. 503 del 24 luglio 1996 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici";
- D.M. 21 maggio 2001, n. 308 - "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328".

I servizi igienico-sanitari, annessi alle stanze da letto, devono essere dotati d'antibagni e provvisti di ventilazione naturale o forzata meccanica temporizzata; la ventilazione forzata deve avere un funzionamento che garantisca un adeguato ricambio orario d'aria, eventualmente modulato in due diverse intensità d'estrazione, una minimale continua o ad intermittenza temporale e l'altra intensificata al momento dell'utilizzazione del servizio.

Le pareti dei servizi igienico-sanitari devono essere rivestite fino a due metri d'altezza di materiale lavabile ed impermeabile.

Dimensioni minime servizio igienico.: mt. 2,10 x 2,10.

4.6.2. Servizi di nucleo

Soggiorno: deve essere organizzato in uno spazio elementare, provvisto di poltrone per il riposo e televisione, arredato in modo da consentire diverse attività in contemporanea, senza che gli ospiti si disturbino a vicenda.

Tali spazi devono adottare pavimentazioni dal colore omogeneo e, preferibilmente, "morbide", al fine di ridurre gli effetti da impatto a terra in caso di caduta.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 1,50;
- mq. 2,00 (per un nucleo da 10 p.l.).

Sala da pranzo: ubicata di norma vicino alla cucina e possibilmente ad essa collegata da idoneo passavivande, il locale deve contenere tavoli a 4 posti e sedie con braccioli.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 1,50;
- mq. 2,00 (per un nucleo da 10 p.l.).

Cucinotta: la cucina di nucleo è da intendersi come locale accessorio e di supporto alla cucina centralizzata, a disposizione del personale e degli ospiti con funzioni di sporzionamento dei cibi preconfezionati, tisaneria, lavaggio stoviglie personali, ecc.

La cucina di nucleo può essere anche utilizzata per la terapia occupazionale domestica e deve essere composta da una batteria completa di: frigorifero, piastre elettriche dotate di temporizzatore, lavello e piano di lavoro richiudibili.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 0,50;
- mq. 1,00 (per un nucleo da 10 p.l.).

Bagno assistito: per ogni nucleo abitativo, è previsto un bagno assistito per l'igiene personale degli ospiti, attrezzato con: una vasca libera su tre lati ed appoggiata con una testata corta alla parete, al fine di consentire al personale di assistere gli ospiti in modo adeguato.

Sono preferibili vasche a sedile con accesso frontale mediante paratie estraibili la vasca deve essere provvista di miscelatore termoscopico, comando erogazione acqua attraverso doccetta e sistema di disinfezione.

Al fine di agevolare l'entrata e l'uscita dalla vasca assistita, il N.A.T. deve essere dotato di apposito solleva persone elettrico.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 0,75;
- mq. 1,50 (per un nucleo da 10 p.l.).

Locali per il personale d'assistenza: per ogni nucleo abitativo è necessario prevedere un locale da adibire al personale d'assistenza, con annesso servizio igienico, preposto, altresì, al deposito medicinali ed eventualmente delle cartelle cliniche.

Nei locali di servizio per il personale deve essere previsto anche il terminale delle attrezzature di comunicazione (videocitofoni, campanelli, pannelli telematici) per le richieste degli ospiti di aiuto ed assistenza.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 1,25;
- mq. 2,50 (per un nucleo da 10 p.l.).

Servizi igienici collettivi di piano: i locali igienici ad uso collettivo devono essere previsti ad ogni piano della struttura residenziale ed in prossimità di tutti gli ambienti ad uso collettivo.

I locali igienici, suddivisi in due sezioni per sesso, devono contenere al minimo un vaso ed un lavabo ciascuno, suddivisi da adeguato antibagno dove sono posti i lavabi.

Si rammenta che almeno un servizio igienico per piano ad uso collettivo deve essere accessibile per soggetti disabili su sedia a ruote.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 0,50 (per 1 - 2 nuclei);
- mq. 1,00 (per un nucleo da 10 p.l.).

Deposito biancheria sporca: tale locale deve essere previsto al piano ove sono localizzati i nuclei residenziali e deve essere ben ventilato. La biancheria sporca deve essere confezionata in sacchi a tenuta stagna o canalizzati in apposito cavedio ed il percorso dal locale deposito alla lavanderia deve essere separato dai percorsi delle vivande e degli ospiti.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 0,50 (per 1 nucleo 10/20 pl.);
- mq. 0,25 (per 2 nuclei).

Deposito biancheria pulita: anche questo locale deve essere previsto per ogni nucleo residenziale, deve essere preposto al ricambio veloce della biancheria ed alla sua conservazione in perfette condizioni microclimatiche. A tal fine deve essere ben areato e privo di riscaldamento. I locali devono essere attrezzati in genere con scaffali metallici o con scaffali a gravità per facilitare le operazioni di carico e scarico della biancheria.

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 0,50 (per 1 nucleo 10 pl.);
- mq. 1,00 (per 2 nuclei).

-

Locale per il deposito carrozzine: è un locale previsto al piano ed è destinato al ricovero di carrozzine, ausili, ecc..

Superficie indicativa media per utente:

- mq. 0,20 (per 1 o 2 nuclei abitativi).

CENTRI DIURNI ALZHEIMER

TAB. 1

ASL	EX ASL	CENTRI DIURNI ALZHEIMER ATTIVI		PARERE ai sensi art. 8 ter D.lgs 502/92		TOTALE ATTIVI+PARERE 8TER	Popolazione ultra 65 enne (anno 2007) Fonte ISTAT	% P.L./100 Ab.ultra65enni
		POSTI	TOTALE	POSTI	TOTALE			
TO1	1	20	55		0	55	120.610	0,05
	2	35						
TO2	3	16	36		0	36	94.643	0,04
	4	20						
TO3	5	46	58		0	58	104.196	0,06
	10	12						
TO4	6		15	20	20	35	124.492	0,03
	7	15						
	9							
TO 5	8	40	40	10	10	50	59.584	0,08
VC	11		0		0	0	43.958	-
BI	12	25	25		0	25	43.897	0,06
NO	13	20	20		0	20	71.605	0,03
VCO	14	15	15		0	15	40.082	0,04
CN1	15	5	5		0	5	92.034	0,01
	16							
	17							
CN2	18		0	20	20	20	36.978	0,05
AT	19	20	20		0	20	49.628	0,04
AL	20	15	15		0	15	116.833	0,01
	21							
	22							
TOTALE			304		50	354	998.540	0,04

Tab. 2 - Elenco dei CENTRI DIURNI ALZHEIMER attivi

ASL	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	POSTI
TO 1	PRESIDIO VALLETTA	VIA FARINELLI 25	TORINO	TO	20
	CENTRO DIURNO ALZHEIMER C/O RSA	VIA SPALATO 14	TORINO	TO	35
TO 2	CENTRO DIURNO INTEGRATO C/O RSA	VIA VALGIOIE 39	TORINO	TO	16
	CENTRO DIURNO INTEGRATO AURORA	VIA SCHIO 1	TORINO	TO	20
TO 3	CENTRO POLIFUNZIONALE PER ANZIANI	VIA COTTA 20	GRUGLIASCO	TO	20
	CENTRO DIURNO VILLA SAN TOMMASO	VIA SAN TOMMASO 26	BUTTLIGIERA ALTA	TO	26
	RIFUGIO RE CARLO ALBERTO	LOC. MUSSET 1	LUSERNA SAN GIOVANNI	TO	12
TO 4	CENTRO DIURNO ALZHEIMER C/O RSA	PIAZZA CAVOUR	VOLPIANO	TO	15
TO 5	RESIDENZA ANNI AZZURRI (LA VIGNA)	VIA BORNARESIO 22	CARMAGNOLA	TO	10
	CASA DI RIPOSO ORFANELLE	VIA TANA 5	CHIERI	TO	10
	RESIDENZA LATOUR	STRADA REVIGLIASCO 7	MONCALIERI	TO	20
BI	OPERA PIA CERINO ZEGNA	VIA MARTIRI DELLA LIBERTA' 196	OCCHIEPPO INFERIORE	BI	15
	CENTRO DIURNO EX PRESIDIO OSPEDALIERO	VIA MARCONI 18	TRIVERO	BI	10
NO	CASTELLO DI SUNO	PIAZZA CASTELLO 3	SUNO	NO	20
VCO	CASA ANZIANO M. LAGOSTINA	VIA RISORGIMENTO 5	OMEGNA	VB	15
CN 1	CENTRO DIURNO SPERIMENTALE c/o MATER AMABILIS-SEZ. ANGELI	VIALE MISTRAL 1	CUNEO	CN	5
AT	CENTRO DIURNO DISTURBI COGNITIVI	VIA BOCCA 7	ASTI	AT	20
AL	C.D.I. AMA C/O L'ORCHIDEA	STRADA ROSTA 1 - FRAZ. CABANETTE	ALESSANDRIA	AL	15
					304

Tab. 3 - Elenco dei CENTRI DIURNI ALZHEIMER con parere acquisito ai sensi dell'art. 8 ter del D.lgs 502/92

ASL	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	POSTI
TO 4	R.I.S.S.	VIA TORINO 99	CASELLE T.SE	TO	20
TO 5	CENTRO DIURNO PRESIDIO S.GIOVANNI	VIA CASTELLO 41/G	NONE	TO	10
CN 2	R.S.A.	VIA MELICA 3	CANALE	CN	20
					50

NUCLEI RESIDENZIALI ALZHEIMER

TAB. 4

ASL	EX ASL	NUCLEI RESIDENZIALI ALZHEIMER ATTIVI		PARERE ai sensi art. 8 ter d.lgs 502/92		TOTALE NUCLEI ATTIVI+PARERE 8TER	Popolazione ultra 65 enne Fonte ISTAT (anno 2007)	% P.L./100 Ab.ultra65enni
		POSTI LETTO	TOTALE	POSTI LETTO	TOTALE			
TO1	1	24	50	22	22	72	120.610	0,06
	2	26						
TO2	3	20	40	16	56	96	94.643	0,10
	4	20		40				
TO3	5		26	44	44	70	104.196	0,07
	10	26						
TO4	6		56	20	20	76	124.492	0,06
	7	56						
	9							
TO 5	8	72	72	20	20	92	59.584	0,15
VC	11	42	42		0	42	43.958	0,10
BI	12	20	20		0	20	43.897	0,05
NO	13	42	42	20	20	62	71.605	0,09
VCO	14	30	30		0	30	40.082	0,07
CN1	15	10	67		0	67	92.034	0,07
	16							
	17	57						
CN2	18		0	25	25	25	36.978	0,07
AT	19	40	40		0	40	49.628	0,08
AL	20		20		20	40	116.833	0,03
	21	20		20				
	22							
TOTALE			505		227	732	998.540	0,07

Tab. 5 - Elenco dei NUCLEI RESIDENZIALI ALZHEIMER attivi

ASL	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	POSTI LETTO
TO 1	CONVITTO PRINCIPESSA F. DI SAVOIA	VIA PRINC. FELICITA DI SAVOIA 8/11	TORINO	TO	11
	PRESIDIO VALLETTA	VIA FARINELLI 25	TORINO	TO	13
	RSA SPALATO	VIA SPALATO 14	TORINO	TO	26
TO 2	LE TERRAZZE	CORSO TOSCANA 204	TORINO	TO	10
	SENIOR RESIDENCE	VIA SERVAIS 80	TORINO	TO	10
	VILLA ANNA MARIA	VIA PARMA 70/LUNGO DORA FIRENZE 119	TORINO	TO	20
TO 3	RIFUGIO RE CARLO ALBERTO	LOC. MUSSET 1	LUSERNA S.GIOVANNI	TO	26
	RESIDENZE ANNI AZZURRI	VIA BERTETTI 22	VOLPIANO	TO	16
TO 4	RSA AZIENDALE	VIA MEZZALUNA 55	SAN MAURO	TO	20
	RSA AZIENDALE	VIA VERCELLI 30	SETTIMO TORINESE	TO	20
	RESIDENZA IL GIGLIO	VIA COLOMBARO 4	ALBUGNANO	AT	16
TO 5	RESIDENZA ANNI AZZURRI (LA VIGNA)	VIA BORNARESIO 22	CARMAGNOLA	TO	21
	CASA SOGGIORNO ANZIANI SAN GIUSEPPE	VIA ALDO MORO 2	CASTELNUOVO DON BOSCO	AT	20
	RESIDENZA LA TOUR	STRADA REVIGLIASCO 7	MONCALIERI	TO	15
VC	CASA DI RIPOSO LA CONSOLATA	VIALE DELLA CONSOLATA 44	BORGO D'ALE	VC	20
	RESIDENZA I ROVERI	VIA VERDI 5	CARESANABLOT	VC	10
	RESIDENZA SAN CARLO	VIA MARCONI 18/A	PRAROLO	VC	12
BI	OPERA PIA CERINO ZEGNA	VIA MARTIRI DELLA LIBERTA' 196	OCCHIEPPO INFERIORE	BI	20
NO	CICA RESIDENZE	VIA BERGAMASCHI 6	CASALBELTRAME	NO	20
	CASTELLO DI SUNO	PIAZZA CASTELLO 3	SUNO	NO	22
	O.P. DOTTOR UCCELLI	PIAZZA OSPEDALE 6	CANNOBIO	VB	20
VCO	CASA ANZIANO M. LAGOSTINA	VIA RISORGIMENTO 5	OMEGNA	VB	10
	RESIDENZA VILLA FIORITA	FRAZIONE MONTEFALLONIO 36	PEVERAGNO	CN	10
	CASA PER ANZIANI MONS. CRAVERI-OGGERO	VIA DELL'ANNUNZIATA 22	FOSSANO	CN	15
CN 1	RESIDENZA LA CORTE	VIA MARCONI 163	MARENE	CN	22
	OPERA PIA TAPPARELLI D'AZEGLIO	VIA CUNEO 16	SALUZZO	CN	20
	RESIDENZA CASAMIA ASTI	LOC. CANOVA 11 - SS10	ASTI	AT	20
AT	RESIDENZA CASAMIA ROSBELLA	STR.SAN PIETRO 43/m LOC.ROSBELLA	NIZZA MONFERRATO	AT	20
	CASA DI RIPOSO E RICOVERO	PIAZZA C. BATTISTI 1	CASALE MONFERRATO	AL	20
AL					505

Tab. 6 - Elenco dei NUCLEI RESIDENZIALI ALZHEIMER con parere acquisito ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/92

ASL	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	POSTI LETTO
TO 1	RESIDENZA CROCETTA	VIA CASSINI 14	TORINO	TO	22
TO 2	CASA SERENA	CORSO LOMBARDIA 115	TORINO	TO	16
	R.I.S.S. AREA MONGRANDO	VIA OROPA	TORINO	TO	20
	RESIDENZA GINEVRA	VIA BENEVENTO	TORINO	TO	20
TO 3	R.I.S.S.	VIA ORBASSANO - FRAZIONE BORGARETTO	BEINASCO	TO	20
	VILLA SAN TOMMASO	VIA SAN TOMMASO 6	BUTTIGLIERA ALTA	TO	24
TO 4	R.I.S.S.	VIA TORINO 99	CASELLE T.SE	TO	20
TO 5	R.S.A.	ZONA TORRENTE SANGONE	NICHELINO	TO	20
NO	SANTA RITA	LOCALITA' CANTON DI MEZZO	NEBBIUNO	NO	20
CN 2	R.S.A.	VIA MELICA 3	CANALE	CN	25
AL	FONDAZIONE VALENZA ANZIANI	CIRCONVALLAZIONE OVEST 32	VALENZA PO	AL	20
					227