

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 709

del 29/11/2023

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Comunità Residenziali per Anziani – Unità d’offerta sperimentale rete sociale: proroga sperimentazione CRA attive e aggiornamento delle Linee Guida anno 2024.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XI/1058 del 17.12.2018**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIO SANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Visti:

- la Legge Regionale n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale";
- la Legge Regionale n. 23/2015 "Evoluzione del Sistema sociosanitario lombardo, modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33";
- il D.d.g. Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità n. 1254 del 15.02.2010 "Prime indicazioni operative in ordine a esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali";
- la D.G.R. n. X/7776 del 17.01.2018 "Istituzione unità d'offerta del sistema sociale Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.) - definizione requisiti minimi di esercizio";
- la D.G.R. XII/717 del 24.07.2023 "Determinazioni in ordine alla regolamentazione delle azioni definite a livello regionale per il concorso all'attuazione dell'obiettivo di investimento previsto dal PNRR M6C1 attraverso l'erogazione diretta di cure domiciliari nell'ambito delle CdC delle ASST e attraverso il progetto di sorveglianza domiciliare attivato nell'ambito del modello organizzativo individuato in allineamento al DM 77 e fondato sul raccordo tra CdC, attraverso IFEC e UCA e gli ambulatori MMG operanti anche attraverso il proprio personale di studio";

Richiamati:

- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 31 del 28.01.2011 "Accordi di programma per la sperimentazione delle C.R.A.: presa d'atto";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 457 del 19.09.2013 "Presa d'atto Accordi di Programma per la sperimentazione delle C.R.A. di Bedizzole, Borgosatollo e Odolo";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 561 del 30.10.2014 "Presa d'atto Accordi di Programma per la sperimentazione delle C.R.A. di Chiari e Roè Volciano e per persone affette da demenza lieve di Leno";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 566 del 22.10.2015 "Presa d'atto Accordo di Programma per la sperimentazione della C.R.A. F.lli Zini di Paderno Franciacorta";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 758 del 29.12.2015 "Presa d'atto Accordi di Programma per la sperimentazione delle C.R.A. Il Focolare di Provaglio d'Iseo, Sorelle Girelli di Marone, Pini Giacomelli di Gardone V.T. e di Polpenazze;
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 260 del 23.06.2016 "Approvazione schema Accordo di Programma per l'attivazione di C.R.A. Unità d'Offerta sperimentale della rete sociale nel territorio dell'ATS di Brescia";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 490 del 06.09.2017 "Presa d'atto Accordi di Programma sottoscritti per l'attivazione di C.R.A. Unità d'offerta sperimentale rete sociale nei Comuni di Pozzolengo, Cazzago San Martino, Toscolano Maderno, Roncadelle, Corte Franca, Leno e Monticelli Brusati. Periodo 01.01.2016 - 31.07.2017";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 101 del 22.02.2018 "Approvazione aggiornamento dello schema tipo di "Accordo di Programma per l'attivazione di C.R.A. Unità d'Offerta sperimentale della rete sociale nel territorio dell'ATS di Brescia e del Progetto Comunità Residenziali per Anziani";
- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 105 del 22.02.2018 "Presa d'atto Accordi di Programma sottoscritti per l'attivazione di C.R.A. Unità d'offerta sperimentale rete sociale - nei Comuni di Brescia e Bedizzole. Periodo 01.08.2017 -



31.12.2017”;

- il Decreto D.G. ATS Brescia n. 395 del 12.07.2018 “C.R.A. Unità d’offerta sperimentale rete sociale: presa d’atto Accordi di Programma e Addendum sottoscritti nel periodo 01.01.2018 – 24.05.2018”;

Rilevato che nel sistema dei servizi delineato da Regione Lombardia:

- i Comuni hanno un ruolo fondamentale nel riconoscere e promuovere la sperimentazione di Unità di Offerta e di nuovi modelli gestionali nell’ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
- le Case di Comunità sono un luogo fisico che promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare e sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sociosanitari e di integrazione sociale, e tra questi la valutazione multidimensionale per l’accesso alle strutture sociosanitarie;
- è stato definito un orientamento rispetto ai servizi residenziali di tipo sociale rivolti agli anziani e, tra l’altro, è stata autorizzata la prosecuzione delle sperimentazioni in essere rivolte ad anziani fragili, avviate ed autorizzate sulla base di specifici accordi di programma sottoscritti tra ATS, Enti Gestori, Comuni e Ambiti in attesa di una valutazione più approfondita del programmatore regionale;

Evidenziato che ATS Brescia:

- ha avviato a partire dal 2010 una sperimentazione di nuove modalità di vita comunitaria per gli anziani costituite attualmente da n. 21 unità d’offerta socioassistenziali Comunità Residenziali per Anziani facenti capo a 15 Enti gestori dislocati in 9 Ambiti territoriali sociali, per un totale di 19 Comuni, sottoscrivendo con i soggetti citati un accordo di programma;
- nel 2018 a seguito delle disposizioni normative intervenute in materia ha ritenuto opportuno aggiornare lo schema di accordo di programma inclusi requisiti organizzativi e criteri e strumenti di monitoraggio delle attività;

Rilevato che:

- ATS Brescia ha raccolto le istanze territoriali alla prosecuzione della sperimentazione C.R.A., prendendo atto che gli accordi di programma sottoscritti per il periodo 2018-2023 relativi alle n. 21 strutture Sperimentali ad oggi attive per un totale di n. 472 posti letto, risultano scaduti;
- Regione Lombardia con nota prot. n. J2.2023.0064580 del 22.08.2023 ha espresso il proprio assenso alla prosecuzione della sperimentazione, per cinque anni e non ampliando di ulteriori posti o unità d’offerta la sperimentazione;
- ATS Brescia ha condiviso la prosecuzione della sperimentazione e il contestuale aggiornamento alla normativa intervenuta a livello politico-istituzionale nel Collegio dei Sindaci del 11.09.2023 (rif. verb. 2754/23) e a livello tecnico nella Cabina di Regia permanente del 12.09.2023 (rif. verb. 2420/23);
- ATS Brescia ha ricevuto da parte della propria rete di Enti Gestori delle unità d’offerta l’interesse formale a proseguire nella sperimentazione nel periodo 01.10.2023 – 30.10.2023 attraverso n. 15 manifestazioni d’interesse per n. 21 strutture Sperimentali;

Ritenuto che in considerazione della prosecuzione della sperimentazione e al fine di garantire la continuità assistenziale, nelle more della sottoscrizione dei nuovi accordi, quelli scaduti si intendono prorogati sino alla data del 31/12/2023;

Visto l’elenco delle “Sperimentazioni C.R.A. attive nel territorio di ATS Brescia”, allegato “1” parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, composto da n. 1 pagina;

Ritenuto opportuno aggiornare rispetto all’attuale configurazione le “Linee Guida sulla Sperimentazione C.R.A.” allegato “2” parte integrante e sostanziale al presente



provvedimento, composto da n. 16 pagine e lo "Schema tipo di Accordo di programma" allegato "3" parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, composto da n. 9 pagine;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, Ing. Luca Chinotti;

Dato atto che il Direttore della SC Governo e Integrazione con il Sistema Sociale, Dott. Giovanni Maria Gillini, attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani, che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di prendere atto che nel periodo 01.10.2023 – 30.10.2023 sono state presentate complessivamente n. 15 manifestazioni d'interesse per n. 21 strutture Sperimentali, per la prosecuzione della sperimentazione delle Comunità Residenziali per Anziani nel territorio dell'ATS di Brescia;
- b) di proseguire la Sperimentazione del progetto "Comunità residenziali per Anziani" per le strutture ad oggi attive nel territorio di ATS Brescia e per i soli posti letto concordati, come riportato nell'allegato "1";
- c) di approvare quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento l'allegato "1" recante l'elenco "Sperimentazioni C.R.A. attive nel territorio di ATS Brescia", l'allegato "2" "Linee guida sulla Sperimentazione C.R.A." e l'allegato "3" "Schema tipo di Accordo di programma";
- d) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- e) di disporre la pubblicazione dei contenuti del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Agenzia, in conformità al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. nei tempi e con le modalità della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO vigente;
- f) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- g) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

Sperimentazioni CRA attive nel territorio di ATS Brescia

Ambito territoriale sociale	Ente Gestore	Denominazione Struttura Sperimentale	Comune di ubicazione della struttura	Posti letto
Brescia	San Giuseppe Fiumicello Soc. Coop. Sociale Onlus	CRA "San Giuseppe"	Brescia	18
Brescia	Myosotis Soc. Coop. Soc. Onlus	Casa Famiglia per Anziani "Myosotis"	Brescia	20
Brescia	Fondazione Brescia Solidale Onlus	Villa Arvedi	Brescia	24
Brescia Ovest	Fondazione "Residenza Berardi Manzoni" Onlus	CRA "Palmiro"	Roncadelle	8
Brescia Ovest	Fondazione Pompeo e Cesare Mazzocchi	Villa Gelsi	Torbole Casaglia	24
Valle Trompia	Elefanti Volanti - Società Cooperativa Sociale Onlus	CRA "La Famiglia del Sorriso"	Gardone Val Trompia	14
Valle Trompia	Fondazione Le Rondini Città Di Lumezzane Onlus	CRA "San Giorgio"	Lumezzane	15
Sebino	Fondazione F.lli Fellini - F.lli Bianchi	Comunità Residenziale "Il Focolare"	Provaglio d'Iseo	30
Sebino	"Il Gabbiano" Società Cooperativa Sociale Onlus	"Fratelli Zini" di Paderno Franciacorta	Paderno Franciacorta	24
Oglio Ovest	Fondazione "Casa Serena A. Bresciani"	CRA Casa Serena – Maestra Angiolina Bresciani	Cazzago San Martino	25
Bassa Bresciana Occ.	Over Villas S.r.l	CRA "Villa Lina"	Quinzano D'Oglio	20
Bassa Bresciana Cent.	"Il Gabbiano" Società Cooperativa Sociale Onlus	"Casa Garda"	Leno	24
Bassa Bresciana Centrale	"Il Gabbiano" Società Cooperativa Sociale Onlus	"Villa Giuseppina"	Gottolengo	24
Garda-Salò	Pianeta Assistenza Srls	"Villa Albertini"	Pozzolengo	30
Garda-Salò	Cooperativa la Rondine Onlus	"San Giuseppe"	Polpenazze del Garda	27
Garda-Salò	Cooperativa la Rondine Onlus	"San Giovanni"	Manerba del Garda	30
Garda-Salò	Cooperativa La Rondine Onlus	"Beata Irene Stefani"	Bedizzole	30
Garda-Salò	Fondazione Brescia Solidale Onlus	"Villa De Asmundis"	Desenzano del Garda	21
Valle Sabbia	Cooperativa la Rondine Onlus	"Stella Alpina"	Serle	25
Valle Sabbia	Fondazione Casa di Riposo di Roè Volciano	CRA Roè Volciano	Roè Volciano	15
Valle Sabbia	Cooperativa di sol. soc. "Alberti Romano" Onlus	CRA La Famiglia	Bagolino	24

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Sperimentazione ai sensi art. 13 LR 03/2008
“COMUNITÀ RESIDENZIALI per ANZIANI”
LINEE GUIDA 2024



Edizione Novembre 2023

A cura:

del Dipartimento Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Socio Sanitarie con quelle Sociali
S.C. Governo e Integrazione con il Sistema Sociale

Sommario

1. Presentazione e contesto	3
2. Caratteristiche generali e collocazione nella rete	5
Capacità ricettiva e retta	6
Tipologia di ospiti	6
Piano di Assistenza Individualizzato	7
Strumenti informativi a cura dell'Ente Gestore	7
Aggravamento dell'ospite, coinvolgimento dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale di ASST.....	7
Dimissioni, dell'ospite e dimissione protetta	8
Monitoraggio della sperimentazione	9
Progetto di sorveglianza domiciliare	9
La carta dei Servizi e i rapporti con l'utenza.....	10
Flow Chart percorso ospite nella sperimentazione.....	10
3. Requisiti organizzativi generali.....	11
Requisiti strutturali	11
Requisiti gestionali.....	11
Requisiti organizzativi funzionali	12
Servizi offerti.....	14
Strumenti per la gestione assistenziale.....	14
4. Glossario	16

1. Presentazione e contesto

L'ATS di Brescia nel suo ruolo di programmazione e coordinamento, è stata regista del "Progetto di Residenzialità Leggera", ideato dall'ex ASL di Brescia nel 2010 e ora ne promuove la prosecuzione e l'evoluzione.

Questa sperimentazione si è dimostrata negli anni una valida e gradita risposta ai bisogni di residenzialità da parte di molte persone anziane che hanno perso parte delle funzioni fondamentali per la quotidianità, ma che possono beneficiare di un ambiente di vita con dimensioni e caratteristiche rispondenti ai loro bisogni.

La spinta maggiore all'avvio delle iniziative volte al tema dell'"abitare per l'anziano", è stata fornita dall'esigenza di ideare un modello nuovo di residenza, a bassa protezione, di dimensioni contenute e con costi sostenibili a carico dell'ospite, per fare fronte:

- alla ricerca della compatibilità economica di sistema, visto il contrasto fra aumento dell'aspettativa di vita, numero di anziani non autosufficienti e risorse regionali e nazionali disponibili;
- alla forte pressione delle liste di attesa per l'ingresso in RSA, a fronte dell'impossibilità di un loro ulteriore sviluppo, specie in Lombardia, essendo la regione con maggior numero di posti letto;
- alla crisi familiare, strutturale (numero basso di componenti o assenza) e motivazionale, con difficoltà nel "prendersi cura" e nel conciliare i vari ruoli.

Oggi, la pressione economica esercitata sul sistema sociale e familiare sta determinando un pesante cambiamento non solo nelle abitudini e nei bisogni, ma anche nella domanda di servizi. Nel corso di questi anni, la scelta di creare una sperimentazione di Comunità Residenziali per Anziani, si è rivelata pertanto strategica e di grande attualità, capace di arricchire la rete dell'Unità d'Offerta residenziale per anziani, a corollario delle RSA, delle CASA, degli APA e delle residue Case Albergo, differenziando ulteriormente i livelli di protezione e di intensità assistenziale, di organizzazione e di tipologia di personale, consentendo maggior flessibilità nei criteri di ingresso e di dimissione, oltre alla presa in carico di una specifica tipologia di ospite.

Anche la recente legge n. 234/2021 individua il ricorso a nuove forme di "coabitazione solidale" fra persone anziane come un'opportunità dei servizi socio-assistenziali per "promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti"¹. La Sperimentazione delle "Comunità Residenziali per Anziani" di Brescia ha quindi "precorso" le odierne indicazioni nazionali ed è diventata nel corso degli anni, una rete complementare a quella preesistente che precede l'ingresso in struttura protetta o ne può divenire un'alternativa per le situazioni idonee.

Le strutture interessate nel territorio di Brescia suddivise per Ambito Territoriale Sociale di competenza:

Ambito Territoriale Sociale	Competenza territoriale di ASST	N. di strutture	n. posti
Brescia Brescia Ovest Brescia Ovest Valle Trompia	ASST Spedali Civili	7	123
Sebino Monte Orfano Oglio Ovest Bassa Bresciana Occidentale	ASST Franciacorta	4	99
Bassa Bresciana Centrale Bassa Bresciana Orientale Garda – Salò Valle Sabbia	ASST Garda	10	250
Totale		21	472

¹ Comma n. 162, art. 1 Legge n. 234/2021. Il concetto di considerare anche "nuove forme di coabitazione" viene ribadito anche dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA 2022-2024).

Si identifica dunque nei seguenti, gli elementi peculiari della Sperimentazione delle Comunità Residenziali:

- un ambiente di vita più consono a mantenere abilità, stimoli all'autonomia, all'autodeterminazione e alla ri-motivazione alla vita;
- una retta contenuta tendenzialmente inferiore a quella minima delle RSA del territorio di ubicazione.
- la possibilità di attivare il Progetto Sorveglianza Domiciliare (PSD)² se l'ospite dispone dei requisiti: questo progetto prevede un accesso mensile da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) stesso o del personale Infermieristico (IFeC) delle Case di Comunità, per il monitoraggio delle condizioni di salute degli ospiti;
- la "dimissione protetta" con il coinvolgimento della rete sociosanitaria territoriale che tutela da una parte il cittadino il quale fruisce di una "continuità assistenziale" in collaborazione con il Distretto sociosanitario, adeguata alle proprie condizioni di salute, dall'altra promuove l'integrità della sperimentazione evitando di costringere l'Ente Gestore a mettere in campo "servizi sanitari e sociosanitari aggiuntivi" che pur finalizzati a tutelare l'ospite, esulano dalla competenza socioassistenziale concordata.

È in aumento una fascia di popolazione anziana che, pur non potendo o non volendo più vivere da sola, può beneficiare positivamente di un progetto assistenziale che coinvolga ancora la sua volontà, la capacità di pensiero, la vita emozionale, i desideri, in alternativa un progetto in una struttura protetta. Non sempre la (parziale) non autosufficienza coincide con l'incapacità di autodeterminarsi, di decidere per sé in merito al "come condurre" la propria esistenza: un ambiente di vita comunitaria attenta al coinvolgimento attivo dell'anziano ed alla concessione delle possibili ed opportune libertà, favoriscono una lunga permanenza in struttura.

² Strumento introdotto dalla DGR XII/717/2023

2. Caratteristiche generali e collocazione nella rete

La rapida evoluzione e trasformazione del quadro complessivo della persona anziana richiede una grande flessibilità nelle opzioni di risposta ai bisogni. La sperimentazione della "Comunità Residenziale" si inserisce come possibile risposta fra il domicilio, la C.A.S.A. e la R.S.A.

Tale struttura di natura socioassistenziale, rientra nella sperimentazione prevista dall'art. 13 della Legge Regionale n. 3/2008³. Gli standard strutturali debbono rispettare le norme di sicurezza, di igiene locale e di abbattimento delle barriere architettoniche, mentre gli standard di personale sono orientati prevalentemente a garantire interventi di supporto e supervisione dell'igiene personale, mobilità, alimentazione, di sorveglianza degli adempimenti sanitari, di gestione delle dinamiche relazionali e organizzazione della giornata. La sperimentazione "Comunità Residenziale" è da considerarsi sostitutiva del domicilio; pertanto gli ospiti debbono poter fruire di tutti i servizi disponibili in tale condizione. Il Medico di Medicina Generale (MMG) rimane il responsabile della cura del proprio assistito, anche garantendo visite al bisogno o periodiche presso la Comunità: per gli ospiti può essere attivato il "Progetto di Sorveglianza Domiciliare" (PSD) come descritto nell'allegato 1 alla DGR XII/717/2023.

La realizzazione della sperimentazione "Comunità Residenziale", sia per gli aspetti strutturali che gestionali, può essere sostenuta dalla compartecipazione di vari attori della realtà locale, non solo dai Comuni, ma anche da fondazioni, cooperative, gruppi di volontariato, ecc., con investimento di risorse economiche, strumentali o di personale.

Il Progetto prevede la sottoscrizione di un "Accordo di Programma" a livello di Ambito Territoriale fra: l'Ente Gestore, il Comune di ubicazione e l'Assemblea dei Sindaci, l'ASST come Azienda che gestisce i Punti Unici di Accesso (P.U.A.) nelle Case di Comunità (CdC) utili per orientare i cittadini e la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) deputata alla valutazione in fase di dimissione delle condizioni di salute degli ospiti.

Il ruolo specifico di "regia" svolto da ATS nella sperimentazione viene formalizzato ed evidenziato sia dalle "Linee Guida" adottate con decreto (con relativo modello per la sottoscrizione dell'"Accordo di Programma") ed elenco delle CRA attive, sia dal recepimento dei singoli accordi siglati dai vari soggetti elencati, verificandone la coerenza con le "Linee Guida".

La sperimentazione della "Comunità Residenziale per anziani" ha i suoi punti di forza, garanti del buon funzionamento, in alcuni presupposti imprescindibili, fra i quali:

- la valutazione sociale garantita dall'Ente Gestore attraverso gli strumenti validati (ad esempio Barthel, IADL, ecc.) in collaborazione con gli Operatori Sociali del Comune di residenza dell'ospite (o dell'Ufficio di Piano che eventualmente si raccorda con il Servizio Sociale di provenienza) e per quanto necessario, completata con il MMG e/o il medico specialista curante. La DGR 7776/2018 di istituzione della C.A.S.A. per quanto applicabile, definisce che: *"la domanda [di ingresso] deve essere accompagnata da: [...] relazione del MMG o specialista curante che attesti il livello di autonomia negli atti della vita quotidiana, evidenzi le eventuali terapie farmacologiche in atto e escluda la necessità di assistenza sanitaria o sociosanitaria di carattere continuativo."*; pertanto la valutazione di ingresso è il presupposto necessario per l'accesso alla sperimentazione "Comunità Residenziale" e la costruzione del Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) poiché esprime in modo sintetico la rispondenza del servizio ai bisogni della persona definendone di fatto l'idoneità;
- la definizione di un preciso target di servizio individuato nel livello III della persona rispetto alla "stratificazione del rischio" definita nella Tabella n. 2 dell'allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/05/2022 che stabilisce se la persona possa rientrare o meno nel target della sperimentazione;
- il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) a cura degli operatori delle Comunità Residenziali, e sottoscritto dall'ospite stesso, è in particolare orientato alla salvaguardia delle autonomie, oltre che alla soddisfazione dei bisogni globali dell'anziano;
- la possibilità di attivare idonea Valutazione multidimensionale di ASST e Comune, anche in fase di ingresso, su segnalazione dell'Ente Gestore o anche - qualora

³ Comma 1 lettera b): "riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;"

necessario – da parte della persona stessa o suo familiare, dei servizi sociali e del medico curante;

- il possibile monitoraggio delle condizioni di salute dell'ospite attraverso il "Progetto di Sorveglianza Domiciliare" (PSD) se dispone dei requisiti e l'eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità, quali gli accessi di personale delle Cure Domiciliari (C-Dom.) per garantire interventi infermieristici e/o riabilitativi temporaneamente necessari;
- la dimissione pianificata e concordata attraverso il coinvolgimento dell'equipe di valutazione multidimensionale⁴ presente nelle Case di Comunità del territorio e la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), qualora si evidenzino un aggravamento della situazione delle condizioni di salute dell'ospite che lo rendano incompatibile con la vita in comunità; l'equipe multidimensionale esegue la valutazione in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG;
- la collocazione della struttura nel centro abitato ed il coinvolgimento del tessuto sociale, con il mantenimento di un livello adeguato di iniziative di socializzazione e di raccordo con il contesto locale;
- il ruolo centrale dell'Ente Locale nella tutela del cittadino inserito nella struttura attraverso un'autonoma attività di monitoraggio della sperimentazione e la possibilità di attivazione dell'equipe di valutazione multidimensionale, per una "presa in carico globale" quando sia necessario attivare la rete sociosanitaria/sanitaria territoriale.

Favorire il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il "focus" della sperimentazione "Comunità Residenziale", che si configura come ulteriore anello della rete, ampliando le strade possibili fra cui scegliere di fronte al bisogno, in un processo di effettiva continuità assistenziale.

Queste strategie operative sono il presupposto che rendono la sperimentazione "Comunità Residenziale" ben inserita nel contesto locale, mediando fra libertà di scelta, mantenimento del livello di autonomia presente, costi contenuti e sistema di tutela.

Capacità ricettiva e retta

La sperimentazione "Comunità Residenziale" deve essere di dimensione contenuta, con mediazione fra la tutela degli aspetti relazionali e la sostenibilità economica, altrettanto importante per l'anziano ed i suoi familiari. La dimensione di riferimento è pertanto dai 13 ai 24 posti letto, per raggiungere un buon equilibrio fra costi gestionali e qualità di vita dell'ospite. La capacità ricettiva è determinata nell'Accordo di Programma tra le parti.

In merito alla retta deve essere tendenzialmente inferiore alla media delle rette a carico dell'ospite applicate dalle RSA presenti nello stesso Ambito Territoriale Sociale di ubicazione.

I costi relativi alle risorse anche di personale assistenziale straordinario, di risorse e personale sociosanitario e sanitario non a carico del S.S.R., attivate per fronteggiare le condizioni di salute dell'ospite in fase di dimissione, non essendo previste in questa "sperimentazione" perché di tipo "sociale", sono a carico dell'ospite/familiare/i.

Tipologia di ospiti

I destinatari della sperimentazione "Comunità Residenziale" sono prioritariamente persone anziane compromesse nell'autonomia, con quadro clinico stabilizzato e bisogni di varia natura, di ordine non solo abitativo, ma anche psicologico, relazionale, assistenziale e sociale, come specificato nel P.A.I. Gli ospiti devono presentare un livello di rischio di III grado (o inferiore) sulla base della "stratificazione del rischio" definita nella Tabella n. 2 dell'allegato 1 al Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/05/2022. Sono dunque persone che presentano una complessità clinico assistenziale di tipo medio, con presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono-patologica, perdurante nel tempo; con buona tenuta dei determinati sociali. Necessitano di una media/bassa frequenza di interventi socioassistenziali e non impegnano o utilizzano soltanto temporaneamente, di interventi sociosanitari erogati dalla rete territoriale. È valutata in particolare la mobilità e la comorbidità, con assenza di significativi segni di decadimento cognitivo e di disturbi comportamentali⁵.

⁴ In riferimento al PNNA 2022-2024

⁵ Per "assenza di disturbi comportamentali" si intende i livelli "Assente" e "Lieve" relativi all'item 14) "Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)" della scala CIRS. Sono

Possono essere in condizione sociale e familiare precaria, oppure scegliere volontariamente di vivere in Comunità, ad esempio per far fronte ai problemi determinati dalla solitudine. La presa in carico prevista pertanto è costituita da azioni coordinate di tipo semplice caratterizzate da funzioni di supporto proattivo ed orientamento.

Non sono ammissibili nella sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani" le persone:

- di livello superiore al III (IV, V e VI)⁶;
- con problematiche psichiatriche attive, con comportamenti asociali o con grave dipendenza da tossici esogeni, con demenza sintomatica (aggressività vocalizzazione impropria incessante, deliri), con problematiche che si manifestino con comportamenti non compatibili con la vita di comunità⁷;
- con patologie definite sulla scala CIRS come disabilitanti per le quali la cura è urgente e necessita di prestazioni di natura sociosanitaria.

Le inammissibilità appena elencate sono giustificate dalle caratteristiche strutturali ed assistenziali del servizio sperimentale che non garantiscono livelli di protezione sufficientemente adeguati.

Piano di Assistenza Individualizzato

Ai fini della stesura del P.A.I. vengono rilevati e registrati anche i vari bisogni, oltre a quelli assistenziali:

- necessità di prescrizioni di terapie farmacologiche continuative e/o controlli clinici, anche specialistici (visite di monitoraggio e/o terapie) predisponendo una eventuale pianificazione degli ulteriori controlli del Medico di Medicina Generale (MMG) in Struttura, con periodicità predefinita;
- attivazione delle procedure per le prestazioni protesiche (ad es. ausili per diabetici) e specialistiche (ad es. visite di monitoraggio e/o terapie).

Strumenti informativi a cura dell'Ente Gestore

La Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani" prevede che in ogni struttura vi siano per ogni ospite i seguenti documenti necessari per un'adeguata gestione dell'anziano:

- a) Progetto Individuale (P.I.): contenente tutte le informazioni raccolte a seguito delle diverse valutazioni dell'ospite, oltre che le motivazioni della scelta della Comunità;
- b) Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.): finalizzato a dettagliare gli interventi previsti per il raggiungimento degli obiettivi, è redatto a cura del personale della Comunità Residenziale e contiene inoltre le scale di valutazione utilizzate;
- c) "Patto di Assistenza" (ovvero il contratto di ingresso): è sottoscritto da ciascun ospite e/o dal care-manager/familiare/i e dal Coordinatore della Struttura. Contiene i servizi offerti e gli impegni assunti dal care-manager/familiare/i relativamente all'assistenza dell'ospite ed al pagamento della retta. Nel patto dovrà essere evidenziato che, in caso di perdita da parte dell'anziano delle caratteristiche di idoneità alla vita in Comunità Residenziale, per variazioni di condizioni di salute, per comparsa di disturbi comportamentali e/o perdita dell'autosufficienza, la struttura in accordo con l'ospite e il suo care manager/familiare/i, dovrà collaborare con i Servizi Territoriali nella ricerca delle soluzioni più opportune, attivando i canali preposti per la dimissione protetta.

Aggravamento dell'ospite, coinvolgimento dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale di ASST

Nel caso in cui le condizioni di salute dell'ospite diventino maggiormente precarie e sia necessario integrare le prestazioni socioassistenziali con altre di tipo sociosanitario o sanitario, l'ospite stesso, il suo care manager o MMG/IFeC, il Coordinatore della struttura o gli operatori Sociali dell'Ente Locale, attivano l'Unità di Valutazione Multidimensionale di competenza

dunque ammissibili alla sperimentazione coloro che rientrano nei livelli "assente" e "lieve" relativamente a questo item.

⁶ Tabella n. 2: "Livelli di stratificazione del rischio" presente nell'allegato 1 al Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/05/2022

⁷ DGR 7776/2018

territoriale per la sede di ubicazione della struttura (coinvolgendo dunque i professionisti delle Case di Comunità) affinché valuti la situazione complessiva dell'ospite; è essenziale venga valutato il grado di comorbidità, il quadro funzionale e il livello di autonomia, il quadro cognitivo e il tono dell'umore.

Gli strumenti di valutazioni possono essere somministrati anche singolarmente qualora sia necessario evidenziare un aggravamento delle condizioni di salute dell'ospite e riformulare il Piano Assistenziale Individualizzato, compensato da eventuali interventi temporanei di tipo sociosanitario e/o sanitario.

Una valutazione multidimensionale "completa" eseguita dalle Equipe di Valutazione Multidimensionale in vista della dimissione prevede l'utilizzo degli strumenti più noti e consolidati fra i quali:

- Barthel Activities Daily Living (ADL) oppure Barthel Instrumental Activities Daily Living (IADL), per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- Mini Mental State Examination (MMSE) sia nella versione a 15 items sia in quella con 30 items, per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- Geriatric Depression Scale (GDS), per misurare il quadro depressivo e monitorare eventuali variazioni nel tono dell'umore.

Tutti gli interventi attivati devono essere indicati nel Progetto Individuale (P.I.) e descritti nel Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.).

Nonostante possa essere stato attivato il PSD per l'ospite, gli Operatori Sociali dell'Ente Locale, nel monitorare periodicamente i bisogni degli ospiti eventualmente sollecitano l'intervento valutativo da parte di ASST tramite gli operatori delle CdC, qualora accertino che le caratteristiche peculiari della struttura sperimentale risultino insufficienti per tutelare le condizioni di salute dell'ospite.

Dimissioni, dell'ospite e dimissione protetta

Qualora l'ospite lo desideri e lo permettano le condizioni abitative e familiari, oltre ai livelli di autonomia personale, può essere dimesso verso il proprio domicilio. L'accesso così come la dimissione dalla struttura avviene con il consenso del diretto interessato.

Qualora si determini un aggravamento delle condizioni generali dell'ospite senza possibilità di recupero nel breve periodo, sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale svolta dagli operatori di ASST, verrà avviato dalla stessa in collaborazione con gli operatori dell'Ente Locale, il processo della "dimissione protetta"⁸ verso il domicilio del cittadino (o dei familiari/care manager) piuttosto che verso strutture della rete sociosanitaria e/o sanitaria.

In attesa di trasferimento dell'ospite, poiché i suoi bisogni non possono essere soddisfatti con gli strumenti e le risorse della Sperimentazione, devono essere attivati tutti gli strumenti della rete sanitaria e sociosanitaria (ad esempio le prestazioni C-Dom) che normalmente vengono erogati al domicilio; in questa fase è possibile affiancare strumenti e risorse del privato sociale (economicamente a carico dell'ospite/care manager e/o familiari) come ad esempio un'assistenza continuativa nelle 24/h tramite l'utilizzo di assistente familiare/badante.

Tutti gli interventi attivati devono essere indicati nel Progetto Individuale (P.I.) e descritti nel Piano di Assistenza

Dimissione dell'ospite:

La dimissione è una libera scelta dell'ospite

Nel caso di aggravamento delle condizioni di salute



segnalazione all'ASST per valutazione



Valutazione Multidimensionale da parte di ASST e "presa in carico"



attivazione servizi di sostegno in attesa di collocazione dell'ospite, generalmente in una UdO Sociosanitaria

Gli interventi a sostegno dell'ospite devono essere inseriti nel P.A.I.

⁸ La "dimissione protetta dalle CRA" è un processo formale, esplicitato nell'esito della valutazione Multidimensionale, che inizia con la data di comunicazione dell'esito e si conclude con la data della nuova collocazione dell'ospite (presso altro luogo ad esempio RSA/casa/ecc.), non oltre i 60 giorni, prorogabili per altri 30 giorni.

Individualizzato (P.A.I.).

Il periodo della dimissione protetta ha una durata massima di 60 giorni dalla data di comunicazione dell'esito della valutazione Multidimensionale che ASST invierà all'ospite/care-manager, all'Ente Gestore, ai Servizi Sociali dell'Ente Locale e al MMG. Nel caso di documentata e comprovata impossibilità di accoglienza dell'ospite in Unità d'Offerta Sociosanitarie, l'ASST chiede un'ulteriore "proroga" di massimo 30 giorni al Servizio preposto dell'Ente Locale in qualità di "garante" della "Sperimentazione", il quale su assenso da parte dell'Ente Gestore, disporrà la "proroga".

Monitoraggio della sperimentazione

L'Ente Locale territorialmente competente ai sensi dell'art. 13 cm. b) della LR 03/2008, della Sperimentazione "Comunità Residenziali per Anziani" ovvero l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale, attraverso gli strumenti che ritiene idonei, avvia e gestisce un "Piano di Monitoraggio" utile alla valutazione oggettiva ed alla verifica del buon funzionamento della "Sperimentazione" realizzata nel proprio territorio. L'obiettivo è mantenere adeguata l'organizzazione della "Sperimentazione" ai bisogni di un target di ospiti predefinito.

Il piano di monitoraggio si preoccupa di verificare:

- il quadro complessivo degli ospiti, al fine di misurare l'adeguatezza dell'inserimento in Comunità Residenziale;
- l'organizzazione adottata dalla struttura per garantire un contesto adeguato alle caratteristiche degli ospiti;
- la quantificazione dell'uso di altri servizi della rete a sostegno dell'ospite in Comunità Residenziale, in fasi di particolare criticità;
- l'utilizzo di risorse di personale non tradizionale (volontariato), sia relativamente al volume di tempo dedicato, che alla tipologia di attività garantite.

Gli strumenti e gli item del "sistema di monitoraggio e verifica" elaborato dagli Enti Locali rendono possibile evidenziare oggettivamente, la buona funzionalità organizzativa e la rispondenza alle aspettative di appropriatezza degli ospiti inseriti. È compito dell'Ente Locale trasmettere annualmente ad ATS una breve relazione sull'andamento della sperimentazione anche considerando quanto definito nel "documento di sintesi dell'attività svolta" previsto dal Dec. Reg. n. 14988 del 05/10/2023, estensibile alle UdO sperimentali.

Progetto di sorveglianza domiciliare

Accanto a questo "sistema di monitoraggio", da parte del MMG è possibile attivare il "Progetto di Sorveglianza Domiciliare" (PSD) se l'ospite presenta i seguenti requisiti:

- presenza di una condizione di fragilità (patologia cronica) ancorché stabilizzata;
- necessità di un follow-up con cadenza sovrapponibile a quello ambulatoriale;
- assenza di necessità di attivazione dell'assistenza prevista dai percorsi e dai livelli dell'ADI integrata;
- difficoltà per condizioni cliniche e/o logistiche di raggiungere l'ambulatorio;
- necessità di un monitoraggio costante dei parametri

Il periodo per la "Dimissione Protetta" dura al massimo 60 giorni

Il monitoraggio dell'attività

Sistema di monitoraggio e verifica dell'Ente Locale garante della Sperimentazione CRA ubicata sul proprio territorio

Trasmissione annuale del monitoraggio ad ATS

Il progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD) del MMG

vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché di supporto ai caregiver in relazione a problematiche legate all'alimentazione, all'igiene e alla cura della persona in funzione di prevenzione.

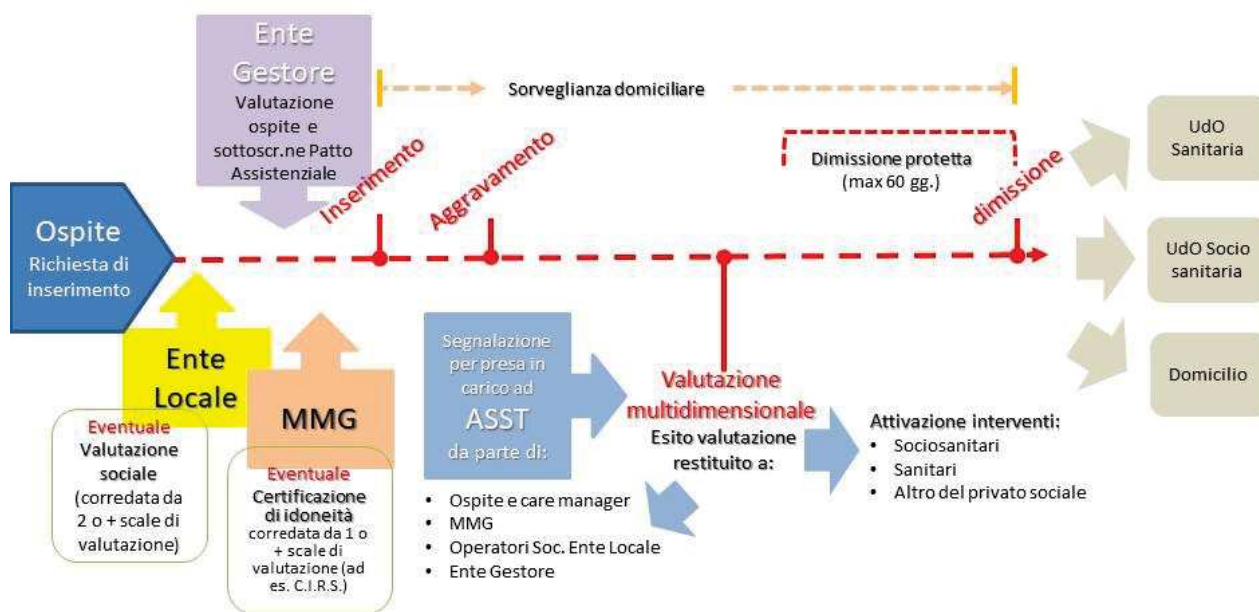
il "Progetto di Sorveglianza Domiciliare" (PSD) prevede l'accesso mensile alla struttura da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o dell'IFeC della Casa di Comunità che come previsto dal punto 4 dell'allegato 1 alla DGR XII/717/2023, complessivamente è finalizzato alla "Raccolta e registrazione dei dati relativi a:

- *parametri vitali e alcune condizioni e funzioni;*
- *aderenza alla terapia e utilizzo di dispositivi, educazione sanitaria (per la corretta assunzione della terapia, per valutazione corretto apporto idrico, per la regolare misurazione della pressione, controllo presenza ulcere, sorveglianza malattie infettive ed eventuali test diagnostici rapidi, verifica copertura vaccinale ed eventuale somministrazione, screening nutrizionale etc.);*
- *informazioni di carattere sociale (presenza o meno del caregiver, rete parentale, aspetto sociale...) che potrebbero avere un forte impatto sulla clinica."*

La carta dei Servizi e i rapporti con l'utenza

I gestori della Comunità Residenziale debbono dare particolare valore alla relazione con gli ospiti ed i familiari. La Carta dei Servizi è uno strumento importante in cui illustrare la tipologia della struttura, interventi, servizi e prestazioni erogati, modalità di accesso, ammontare della retta, costo delle eventuali prestazioni aggiuntive in relazione a quelle erogate, secondo il progetto individualizzato.

Flow Chart percorso ospite nella sperimentazione



3. Requisiti organizzativi generali

Requisiti strutturali

Il Legale Rappresentante dell'Ente Gestore, deve autocertificare l'adempimento alla normativa in materia di igiene e sanità pubblica, di igiene dell'abitato, di sicurezza dei luoghi di lavoro ed in materia di privacy.

A garanzia della sicurezza degli ospiti e degli operatori e nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, devono essere dunque garantiti:

- il rispetto dei criteri di agibilità previsti dai vigenti regolamenti di igiene ed edilizio;
- il rispetto della normativa in materia di superamento/eliminazione delle barriere architettoniche;
- il rispetto della normativa in materia di prevenzione incendi;
- il rispetto della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro (D. Lgs. n. 81/2008);
- il rispetto della normativa in materia di sicurezza impiantistica.

La struttura utilizzata per la sperimentazione deve essere dotata di sistemi antincendio adeguati alle persone presenti e l'impianto di illuminazione deve essere provvisto di sistemi sussidiari di emergenza. La struttura deve essere dotata di sistemi in grado di garantire condizioni microclimatiche di benessere termico sia in estate che inverno. Le camere possono essere singole o doppie. La superficie delle camere non deve essere inferiore a 9 mq se singole ed a 14 mq se doppie. La superficie minima indicata si riferisce alla camera con esclusione, nel computo, del servizio igienico. La camera deve essere adeguatamente arredata, gli arredi devono essere tali da garantire fruibilità, benessere dell'ospite e spazio sufficiente sia per i movimenti della persona anziana sia del personale addetto, adottando idonei accorgimenti atti a prevenire situazioni di pericolo e possibili rischi come ad esempio spigoli vivi. Deve essere consentita agli utenti, ove possibile, la facoltà di utilizzare arredi e suppellettili personali, tale opportunità deve essere esplicitata nella Carta dei Servizi con l'indicazione delle relative modalità e limiti.

Devono essere garantiti almeno:

- locale pranzo/soggiorno avente superficie complessiva non inferiore a 28 mq per i primi 4 ospiti aggiungendo 3 mq ad ogni ulteriore ospite; è possibile dividere in due stanze separate la superficie riservata al locale dedicato per il pranzo/soggiorno;
- sistema di segnalazione e/o chiamata, idoneo a rilevare le richieste di aiuto e di assistenza nelle camere e nei locali dedicati ai servizi collettivi;
- un servizio igienico ogni due camere accessibile ai disabili e con sistema di chiamata di emergenza di facile uso;
- locale cucina secondo le dimensioni previste dal regolamento locale d'igiene e deve rispettare le vigenti norme in materia di sicurezza;
- spazi/armadi per la biancheria pulita e sporca, pulizie e lavanderia;
- servizi igienici e spogliatoio per il personale.

La Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani" ha una capacità ricettiva di riferimento dai 13 ai 24 posti letto.

Requisiti gestionali

Il soggetto erogatore della sperimentazione deve disporre dei seguenti documenti:

- la "Carta dei Servizi" in cui siano definiti i criteri di accesso, le modalità di erogazione dei servizi e i loro costi;
- il "Patto di Assistenza" (ovvero "contratto d'ingresso") esaustivo di tutte le informazioni e degli adempimenti a carico dell'ospite e dell'Ente Gestore;

- il Progetto Individuale (P.I.), e il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) per ogni ospite;
- il registro delle presenze degli ospiti;
- il piano gestionale con organigramma e funzionigramma del personale (con relativi titoli di studio, ove previsti);
- il sistema di rilevazione delle presenze degli operatori in turno;
- il documento che attesti le modalità attuate dalla struttura per le manovre rapide in caso di evacuazione dei locali;
- il piano gestionale delle risorse per le attività di pulizia e preparazione/distribuzione dei pasti secondo lo standard previsto;
- il documento relativo all'eventuale inserimento di volontari.

Nel caso in cui qualcuno degli ospiti disponga di una terapia farmacologica, deve disporre:

- a. della procedura per la gestione dei farmaci idonea a garantire l'eliminazione dei farmaci scaduti e a documentare la regolare effettuazione dei controlli da parte del personale preposto;
- b. della procedura di sorveglianza all'autosomministrazione dei farmaci idonea a garantirne la tracciabilità.

Per quanto riguarda la gestione dei farmaci, deve essere garantita la loro custodia per ciascun ospite, utilizzando uno scomparto chiuso e dedicato che può essere anche all'interno dell'armadio personale.

Tutta la documentazione e le certificazioni devono essere adeguatamente conservate nella sede della struttura sperimentale in apposito fascicolo a disposizione per i controlli.

Requisiti organizzativi funzionali

Il Legale Rappresentante in quanto responsabile della Sperimentazione "Comunità residenziale per Anziani" garantisce:

- la presenza delle figure professionali più sotto dettagliate, che costituiscono requisito di funzionamento;
- la verifica del possesso dei titoli e delle qualifiche degli operatori in relazione alle attività/funzioni svolte;
- la definizione dei contratti con i lavoratori secondo la normativa vigente in materia;
- la formazione e l'aggiornamento del personale attraverso un piano annuale, in particolare con riferimento alla sicurezza e all'igiene del luogo di lavoro;
- la condivisione e la sottoscrizione del "Patto di Assistenza" (ovvero "contratto d'ingresso"), monitorando la realizzazione del Progetto Individualizzato (P.I.) e del Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) da parte della propria équipe composta da coordinatore ed operatori.
- la conservazione anche ai fini della tutela della privacy, del "Patto di Assistenza", del Progetto Individuale (P.I.) e del Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) che devono essere conservati nella cartella di ciascun ospite che vive in Comunità.

Requisiti funzionali

*Garanzie del Legale
Rappresentante dell'Ente Gestore*

*Le figure professionali previste: il
Coordinatore, ASA e OSS*

All'interno della Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani" deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali:

- operatore con funzioni di coordinamento (assistente sociale, educatore professionale, psicologo o altra laurea attinente al ruolo);
- ASA/OSS per 24 ore 7 giorni su 7.

È auspicabile la presenza di un animatore o educatore professionale, per l'attività di animazione degli ospiti.

Il Coordinatore:

- individua il "care-manager" esterno alla propria struttura (familiare o altro) per ogni ospite;
- predispone il Progetto Individuale (P.I.) e il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) condiviso con la persona ed eventualmente con il care-manager/familiare, impegnandosi ad aggiornarlo (P.A.I.) con cadenza semestrale;
- si configura come raccordo fra Medico di Medicina Generale (MMG) e gli Operatori Sociali dell'Ente Locale di riferimento di ogni ospite;
- assicura l'accoglienza, il coinvolgimento dei parenti e la creazione di un clima "familiare";
- favorisce e verifica il buon andamento delle attività del personale di varia tipologia con compiti assistenziali, dei caregiver non professionali, di quello esterno presente con accessi occasionali (es. Medico di Medicina Generale (MMG), personale C-Dom se attivata, ecc.), di quello erogante attività di supporto (es. pulizie, lavanderia ecc.);
- attiva i servizi di emergenza (chiamata al 112) nel caso si verificano situazioni di bisogni socio-sanitari urgenti/improvvisi/imprevisti e non differibili, in merito alle condizioni di salute dell'ospite;
- segnala agli operatori dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale con richiesta di valutazione dell'ospite nel caso in cui presenti variazioni significative rispetto ai livelli di autonomia e alle condizioni di salute dello stesso, sia per l'attivazione di eventuali servizi/interventi sociosanitari/sanitari temporanei (massimo 90 gg.) finalizzati a ripristinare il precedente livello di autonomia, sia per l'attivazione della procedura di "dimissione protetta".
- informa tempestivamente il care-manager/familiare, il Medico di Medicina Generale (MMG), gli Operatori Sociali dell'Ente Locale di riferimento per l'ospite, nel caso di eventuali modifiche rispetto agli aspetti di autonomia e salute dell'ospite affinché possano collaborare per il ripristino/mantenimento dei precedenti livelli di autonomia e di condizioni di salute.

Per snellire le procedure in caso di emergenza, si ritiene importante sebbene non obbligatoria, la sottoscrizione di una "delega" da parte della persona ospite nei confronti del personale

Il ruolo del Coordinatore

*Sottoscrizione di una delega per affrontare bisogni sanitari e sociosanitari **urgenti e non differibili***

della Struttura per la gestione dei bisogni socio-sanitari urgenti e non differibili (attivazione del Medico di Continuità Assistenziale ovvero del Servizio di Urgenza ed Emergenza), condivisa anche dal care-manager, il quale sarà comunque sempre informato dal coordinatore della struttura.

Poiché la "sperimentazione" è di tipo "socioassistenziale", per quanto riguarda la necessità di un'eventuale terapia farmacologica prescritta e periodicamente aggiornata dal Medico di Medicina Generale (MMG), deve essere di norma autogestita dall'ospite stesso. Gli operatori possono aiutare la persona a ricordare gli orari di assunzione e verificare le sue capacità di corretta assunzione, segnalando tempestivamente al Medico di Medicina Generale (MMG) e ai familiari eventuali criticità. Ad ogni modo per numero di ore settimanali rapportate al bisogno, è consentita la presenza di un infermiere all'interno della "sperimentazione", a tutela degli ospiti e per sgravare gli operatori dal compito di verificare la corretta assunzione della terapia. Il costo dell'eventuale personale infermieristico deve essere incluso nella "retta ordinaria" applicata a tutti gli ospiti, indipendentemente dal loro grado di necessità dal punto di vista di supervisione nell'autosomministrazione della terapia farmacologica.

Il personale infermieristico può essere utilizzato per erogare prestazioni sanitarie/sociosanitarie occasionalmente o nel caso in cui l'ospite sia in "Dimissione Protetta".

L'eventuale presenza di un Infermiere professionale

Servizi offerti

I servizi che la Comunità deve fornire sono:

- servizi di carattere alberghiero (compresi servizi di lavanderia e stireria degli effetti personali degli ospiti);
- attività di vita comunitaria rispettose della libertà individuale, iniziative di coinvolgimento amicale e familiare (possibilità di invito a pranzo, di feste con parenti, ecc..) con possibilità di uscite sia di gruppo che autonome;
- servizio mensa, cucina con possibilità dell'ospite di partecipare alla preparazione di cibi;
- servizio di assistenza alla persona (aiuto, igiene personale compreso bagno assistito, ecc..).

Agli ospiti vengono garantiti inoltre, in caso di necessità temporanea (max. 90 gg.), i servizi sanitari e quelli socio-sanitari attivabili attraverso le procedure previste dalle normative specifiche.

Viene mantenuta l'assegnazione al proprio Medico di Medicina Generale (MMG) e restano a carico del Fondo Sanitario l'erogazione di ausili, presidi e farmaci.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) può accedere alla struttura della Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani", anche tramite il Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD), per il monitoraggio dei propri assistiti; nel caso di attivazione del PSD, possono accedere alla struttura anche gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) delle CdC.

Strumenti per la gestione assistenziale

Gli strumenti sono:

- Progetto Individuale (P.I.) contenente: le informazioni raccolte a seguito della valutazione sociale e dalle valutazioni acquisite, le motivazioni della scelta della Comunità Residenziale e gli interventi realizzabili;

- Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.): finalizzato a dettagliare gli interventi previsti per il raggiungimento degli obiettivi, è redatto a cura del personale della Comunità Residenziale e deve contenere gli strumenti di valutazione utilizzati;
- Patto di Assistenza (ovvero contratto d'ingresso): è sottoscritto da ciascun ospite e/o dai familiari e dal Coordinatore della Struttura. Contiene i servizi offerti e gli impegni assunti dai familiari relativamente all'assistenza del congiunto ed al relativo pagamento. Va sottoscritta l'accettazione della procedura di "dimissione protetta" a fronte di un eventuale raggiungimento di "gravità" rispetto ai livelli di autonomia dell'ospite.

4. Glossario

Consapevoli della presenza all'interno del documento di numerose sigle e acronimi, si ritiene opportuno riportare di seguito una tabella che ne espliciti il significato:

ADL	Barthel Activities Daily Living: <i>scala di valutazione</i>
ASA/OSS	Ausiliario Socio Assistenziale (DGRVIII/7693/2008)/Operatore Socio Sanitario (DGR VIII/5101/2007): <i>figure professionali previste nella Sperimentazione "Comunità Residenziali per Anziani"</i>
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute. <i>Per evitare confusioni <u>non è stato usato un acronimo per definire l'Ambito Territoriale Sociale</u></i>
CdC	Casa di Comunità
C-Dom	Cure domiciliari
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale: <i>scala di valutazione</i>
CRA	Comunità Residenziale per Anziani: <i>attività sperimentale sociale (art.13 L.R. 3/2008)</i>
E.G.	Ente Gestore: <i>ci si riferisce nel documento all'Ente che gestisce la "sperimentazione CRA"</i>
GDS	Geriatric Depression Scale: <i>scala di valutazione</i>
IADL	Barthel Instrumental Activities Daily Living: <i>scala di valutazione</i>
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità: <i>figura professionale presente nelle Case di Comunità</i>
MMG	Medico di Medicina Generale
MMSE	Mini Mental State Examination: <i>scala di valutazione</i>
P.A.I	Piano di Assistenza Individualizzato
P.I.	Progetto Individuale
PSD	Progetto di Sorveglianza Domiciliare: <i>introdotto dalla DGR XII/717/2023</i>
PUA	Punto Unico di Accesso: <i>sportello/ufficio per orientamento dei cittadini nella rete del Welfare, presente nella Case di Comunità</i>
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale: <i>struttura sociosanitaria residenziale per anziani</i>

Schema tipo di Accordo di Programma

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA SPERIMENTAZIONE
"COMUNITÀ "RESIDENZIALE PER ANZIANI"**

(denominazione della Comunità Residenziale per Anziani)

**– STRUTTURA DELLA RETE SOCIALE
ai sensi dell'Art. n. 13 L.R. 3/2008**

TRA

l'Ente Gestore _____, con sede legale a _____ in _____ via _____
_____ cod. fisc. _____ e P.I. _____
_____, nella persona del legale rappresentante sig./ra _____;

di concerto con il **proprietario dell'immobile** _____, con sede legale a _____ in _____ via _____
_____ cod. fisc. _____ e P.I. _____, nella persona del legale rappresentante il/la sig./ra _____;

il **Comune** di _____, cod. fisc. _____ e P.I. _____
nella persona del suo legale rappresentante e Sindaco _____
_____ domiciliato/a per la carica in _____ via _____;

il Presidente **dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito** _____ nella persona del/la sig./ra _____, domiciliato/a per la carica in _____, via/Piazza _____, n. ____;

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di _____ (di seguito denominata A.S.S.T. _____), cod. fisc. e P.I. _____ nella persona del suo legale rappresentante e Direttore Generale Dr./Dr.ssa _____ domiciliato/a per la carica in _____ all'indirizzo di _____, al civico ____;

l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia (di seguito denominata A.T.S. di Brescia), cod. fisc. e P.I. 03775430980 nella persona del suo legale rappresentante e Direttore Generale Dr. Claudio Vito Sileo domiciliato per la carica in Brescia, Viale Duca degli Abruzzi, 15;

PREMESSO E CONSIDERATO CHE:

- le dinamiche demografiche in atto impongono un'attenta valutazione dell'intero sistema assistenziale rivolto alle persone anziane, al fine di integrare i modelli organizzativi e le unità d'offerta consolidate con sperimentazioni, in particolare di nuove soluzioni di residenzialità/abitabilità. Particolare rilievo assume anche la compatibilità economica relativa alle nuove soluzioni, sia per il sistema di welfare, sia per il singolo utente;
- la rete delle RSA, da anni principali strutture di riferimento per gli anziani non più nelle condizioni di vivere a casa, anche se con il supporto dell'assistenza domiciliare, non può essere ulteriormente sviluppata oltre indici prestabiliti, sia per il peso eccessivo sul Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), sia per i costi crescenti delle rette non sempre sostenibili dalla famiglia. È stato inoltre verificato che risulta essere una soluzione non adeguata per alcune tipologie di anziani, benché necessitino di un luogo di vita alternativo alla casa;
- numerosi anziani con livelli di parziale autonomia possono godere di una miglior qualità di vita in contesti opportunamente organizzati, finalizzati a soddisfare il desiderio di vivere in un ambiente stimolante, meno istituzionalizzante, orientato a salvaguardare i desideri anche del singolo ospite quali lo spazio di autonomia decisionale ed il bisogno di senso da dare alla propria vita;
- le precedenti sperimentazioni "Comunità residenziali per Anziani" realizzate nel territorio di ATS Brescia con la sottoscrizione di un "Accordo di Programma", recepito dai seguenti decreti di ATS n. 260/2016 e n. 101/2018, sono prossime ovvero è già decorsa la data di scadenza indicata nel citato "Accordo di Programma";

TENUTO CONTO

- della Legge Regionale n. 3 del 12 marzo 2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale" e successive sue modifiche ed integrazioni, che prevede fra i principi e gli obiettivi da perseguire l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie;
- del DdG n. 1254 del 15 febbraio 2010 "Prime indicazioni operative in ordine a esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali", che emana in applicazione dell'art. 11 della L.R. n. 3/2008, indicazioni operative al fine di disciplinare in modo omogeneo sul territorio le procedure per l'esercizio e l'accREDITamento delle unità d'offerta sociali;
- che lo stesso decreto attraverso il titolo 5 "Sperimentazione di nuove unità d'offerta: articolo 13 comma 1 lettera b L.R. n. 3/2008" dà ai Comuni la funzione di riconoscere e promuovere la sperimentazione di nuove unità d'offerta e nuovi modelli gestionali;
- della DGR n. 9/197 del 30 giugno 2010 "Determinazione in ordine agli interventi a supporto del sistema di welfare lombardo" che prevede la sperimentazione di nuovi modelli gestionali per la programmazione e ridefinizione, a livello distrettuale, della rete integrata delle unità di offerta sociale;

- della DGR n. 856/2013 ad oggetto "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. 116/2013: primo provvedimento attuativo" e delle sue successive modifiche in ordine all'argomento;
- della L.R. n. 23/2015 ad oggetto "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33" che ha ridefinito ruoli e competenze dell'ATS e dell'ASST;
- della DGR n. 7776/2018 ad oggetto "Istituzione unità d'offerta del sistema sociale "Comunità Alloggio Sociale Anziani (C.A.S.A.)" – definizione requisiti minimi di esercizio";
- del D.M. n. 77 del 23/05/2022 che istituisce le "Case di Comunità" (cosiddette CdC) come un luogo "fisico" che *"promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso equipe territoriali [...]"* e al contempo *"[...] la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazioni sociale [...]"*;
- dell'obiettivo della Delibera n. XI/7592 del 15/12/2022 attraverso il quale Regione Lombardia ha recepito il regolamento del D.M. n. 77/2022 e ha emanato le disposizioni attuative per la conseguente programmazione dell'assistenza territoriale;
- della D.G.R. n. XII/717/2023 relativamente all'avvio del progetto di sorveglianza domiciliare di pazienti cronici over 65 anni nel quadro del nuovo modello di sanità territoriale definito con L.R. n. 22/2021 in attuazione del PNRR e in conformità al DM n. 77/2022 recepito con DGR n. XI/7592/2022;
- dell'intenzione da parte dell'Ente Gestore di proseguire la precedente sperimentazione e dell'assenso alla prosecuzione della sperimentazione espresso da Regione Lombardia con nota protocollo n. J2.2023.0064580 del 22/08/2023;

CONSIDERATO CHE

- la pianificazione degli interventi sociali, sociosanitari e sanitari a sostegno dei processi di integrazione deve essere perseguita attraverso la valorizzazione del ruolo programmatico dell'ATS di Brescia, dei Comuni e con il coinvolgimento di ASST _____ soprattutto per gli aspetti inerenti alla valutazione multidimensionale per l'orientamento degli ospiti verso la propria rete sociosanitaria e sanitaria;
- Regione Lombardia tramite nota sopraccitata *"prende atto con interesse della prosecuzione [...] dell'esperienza delle Comunità sperimentali residenziali per anziani (C.R.A.)"* e che *"alla luce delle più recenti evoluzioni che riguardano il sistema sociosanitario regionale, particolarmente rilevante appare il coinvolgimento delle ASST nei processi di valutazione multidimensionale e di monitoraggio degli ospiti in tali strutture"*;
- l'Ente Gestore _____, il Comune di _____, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di/del/della _____, l'ASST _____ e l'ATS di Brescia manifestano la propria volontà di collaborazione con la sottoscrizione di un Accordo che ne rappresenti l'attuazione, nella sperimentazione di nuove forme di vita comunitaria per gli anziani.

TUTTO CIO' PREMESSO

si conviene e si sottoscrive il seguente Accordo di Programma

Art. 1 (Premesse)

Le premesse costituiscono parte integrante formale e sostanziale del presente Accordo.

Art. 2 (Finalità e oggetto dell'Accordo)

La finalità del presente accordo è quella di proseguire la precedente sperimentazione formalizzata con decreto ATS del D.G. n. ____ del ____, repertorio n. ____ del ____ e di:

- offrire soluzioni di residenzialità leggera ad anziani con grado di compromissione da lieve a moderata, non più in grado di vivere nella propria abitazione, per problemi di varia tipologia;
- garantire agli ospiti della Comunità Residenziale per anziani un approccio integrato sociale e sociosanitario, anche attraverso l'erogazione di prestazioni da parte di figure ed enti diversi, in grado di rispondere ai bisogni complessi degli ospiti.

Il presente Accordo determina il ruolo e gli impegni di ogni soggetto in una logica di cooperazione stabile e di integrazione delle attività derivanti da competenze specifiche dei diversi soggetti coinvolti.

Art. 3 (Ambito Territoriale Sociale e Azienda Socio Sanitaria Territoriale)

L'ambito Territoriale Sociale di riferimento e l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale sono quelle di ubicazione della struttura e relativamente al presente Accordo di Programma trattasi dell'Ambito Territoriale Sociale di/del/della ____ e della Azienda Socio Sanitaria Territoriale ____.

Art. 4 (Modalità di attuazione)

Le "Linee Guida" elaborate da ATS Brescia, in accordo con il Collegio dei Sindaci, sono il riferimento tecnico per la gestione della Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani".

Art. 5

(Adempimenti e compiti dei soggetti sottoscrittori)

I soggetti firmatari concorrono a:

- collaborare alla realizzazione delle finalità previste dall'articolo 2 del presente Accordo, declinate nel documento "Linee Guida" per la Sperimentazione "Comunità Residenziali per Anziani";
- garantire la partecipazione del proprio rappresentante, in relazione alla specifica responsabilità e funzione ricoperta, ad incontri e scambi collaborativi fra i soggetti firmatari;
- provvedere al monitoraggio della realizzazione della parte del progetto di propria competenza e all'informazione agli altri soggetti firmatari dell'attività svolta, in modo da garantire la circolarità delle informazioni.

I soggetti firmatari del presente Accordo si assumono inoltre, i seguenti impegni specifici:

L'Ente Gestore _____:

- predispone ed adotta una "Carta dei Servizi";
- rispetta e garantisce il mantenimento dei requisiti previsti nel documento "Linee Guida" per la Sperimentazione "Comunità Residenziali per Anziani";
- garantisce il rispetto di quanto specificato nelle Linee Guida per la Sperimentazione "Comunità Residenziali per Anziani", coerentemente con le finalità indicate all'art. 2 del presente Accordo, in particolare valutando l'ingresso dell'ospite;
- collabora con i Servizi Territoriali Sociali di Ambito e con i Servizi Sociosanitari afferenti alle Case di Comunità territorialmente competenti, consentendo loro un accesso alla struttura precedentemente concordato, sia per monitorare il rispetto delle "Linee Guida" da parte dell'Ente Gestore, sia per poter valutare eventuali aggravamenti delle condizioni di salute degli ospiti così da potersi attivare nella ricerca delle soluzioni più opportune anche attraverso, i canali preposti per la dimissione protetta, sia per consentire al personale sanitario di poter svolgere l'eventuale Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD);
- segnala agli Operatori Sociali dell'Ente Locale e all'Unità di Valutazione Multidimensionale l'aggravamento delle condizioni di salute degli ospiti chiedendo loro di attivarsi per la valutazione sociale, sociosanitaria e sanitaria del proprio ospite sia per l'attivazione tempestiva di servizi sociosanitari/sanitari temporanei sia per l'avvio della procedura della "dimissione protetta";
- si impegna a trasmettere all'Ente Locale di riferimento, il monitoraggio della sperimentazione, attraverso gli strumenti predisposti dall'Ente Locale e/o dall'Ambito Territoriale Sociale;
- si impegna a comunicare agli altri sottoscrittori e in primis al Comune di ubicazione della struttura e all'Ufficio di Piano territorialmente competente, eventuali variazioni sopravvenute nella gestione della Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani" oggetto del presente Accordo;
- collabora con l'Azienda Sociosanitaria Territoriale per giungere alla formalizzazione di accordi o protocolli con ASST e le Unità d'Offerta

Sociosanitarie idonee, finalizzati a determinare un criterio di priorità di accesso per gli ospiti in "dimissione protetta" nelle citate strutture della rete Sociosanitaria.

- (se l'Ente Gestore è anche proprietario della struttura) autocertifica la disponibilità all'utilizzo dell'immobile sito a _____ in Piazza/via/viale/loc. _____, in qualità di _____, quale sede della Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani", per le finalità citate all'art. 2 e fino alla data dichiarata all'Art. 8 del presente Accordo.

Il proprietario dell'immobile/struttura _____:
(se il proprietario è diverso dall'Ente Gestore)

- mette a disposizione l'immobile sito a _____ in Piazza/via/viale/loc. _____, nella forma del/la _____ quale sede della Sperimentazione della "Comunità Residenziale per Anziani", per le finalità citate all'Art. 2 e fino alla data dichiarata all'Art. 9 del presente Accordo.

Il Comune di _____:

- esprime parere, attraverso propria deliberazione, in merito alla prosecuzione della Sperimentazione "Comunità Residenziale per Anziani" non oltre 90 gg dalla data della sottoscrizione del presente accordo, pena la nullità dello stesso;
- collabora alla valutazione di ingresso per i propri cittadini che chiedono di poter essere inseriti nella "Sperimentazione" e facilita il raccordo con ASST e MMG Medico di Medicina Generale (MMG), se del caso anche con i servizi sociali del/dei Comuni di provenienza;
- trattandosi comunque di Sperimentazione di unità d'offerta sociale ai sensi dell'art.13 della LR 03/2008, sovrintende sul buon funzionamento del servizio;
- invia annualmente ad ATS il monitoraggio della sperimentazione "Comunità residenziali per Anziani" presente sul proprio territorio;
- segnala all'Ente Gestore e all'Unità di Valutazione Multidimensionale eventuali situazioni di fragilità inerenti alle condizioni di salute degli ospiti emersi durante l'attività di monitoraggio, chiedendo loro di attivarsi per la valutazione sociale, sociosanitaria e sanitaria dell'ospite sia per l'attivazione tempestiva di servizi sociosanitari/sanitari temporanei sia per l'avvio della procedura della dimissione protetta.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale di/del/della _____:

- si impegna a sviluppare i processi informativi finalizzati alla conoscenza di tale servizio su tutto il territorio di riferimento ed inserisce la Sperimentazione nel proprio Piano di Zona;
- collabora a garantire la qualità dei servizi e l'omogeneità di comportamenti fra i vari interlocutori;
- favorisce la formalizzazione di accordi o protocolli tra Ente Gestore, ASST ed Unità d'Offerta Sociosanitarie idonee, per la determinazione di un criterio di priorità di accesso per gli ospiti in "dimissione protetta" nelle citate strutture di tipo Sociosanitario.

L'ASST _____:

- su segnalazione da parte dell'Ente Gestore, degli Operatori Sociali del Comune, dell'ospite stesso o del care-manager/familiare o del Medico di Medicina Generale (MMG), provvede a concordare con l'Ente Gestore una data per accedere alla struttura e svolgere la propria attività di valutazione multidimensionale con il personale che ritiene maggiormente opportuno;
- esegue la valutazione multidimensionale agli ospiti tenendo conto delle "Linee Guida CRA" elaborate da ATS Brescia;
- collabora con i Servizi Sociali territoriali, sociosanitarie e sanitari nel caso di aggravamento delle condizioni di salute che rendano inidonea la permanenza in comunità dell'ospite, nella ricerca delle soluzioni più opportune, attivando i canali preposti per la "dimissione protetta";
- favorisce o concorda procedure o protocolli con le Unità d'Offerta Sociosanitarie idonee, per la determinazione di un criterio di priorità di accesso per gli ospiti in "dimissione protetta" nelle citate strutture di tipo Sanitario e Sociosanitario.

L'ATS di Brescia:

- aggiorna, se necessario, le "Linee Guida" della Sperimentazione "Comunità Residenziali per Anziani", quale strumento di attuazione delle finalità indicate all'art. 2;
- si impegna a pubblicizzare l'elenco della Sperimentazione delle "Comunità Residenziali per Anziani" attive nel territorio dell'ATS di Brescia, attraverso i consueti canali istituzionali di comunicazione;
- partecipa al monitoraggio delle attività della sperimentazione per quanto di propria competenza, effettua controlli di Vigilanza della Struttura a garanzia del mantenimento dei requisiti ed a tutela degli ospiti, secondo le indicazioni regionali per le Unità di Offerta Sociali e Sperimentali.

**Art. 6
(Costi del Servizio)**

La retta è a totale carico di ospite e/o famiglia e dovrà essere tendenzialmente inferiore alle rette minime in vigore nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) del territorio.

Tutti gli aspetti relativi alla gestione dell'ospite ed ai costi di soggiorno vengono normati da un contratto denominato "Patto di assistenza", sottoscritto fra ospite/care-manager/famiglia ed Ente Gestore.

I servizi aggiuntivi per l'assistenza dell'ospite di tipo socioassistenziale straordinaria (ad es. badante per assistenza continua nella 24 ore) o sociosanitaria e sanitaria non a carico del S.S.R. per un eventuale supporto all'ospite durante il processo di "dimissione protetta", sono a carico dell'ospite e/o dei familiari.

Art. 7

(Sede del Servizio e Capacità Ricettiva)

La Comunità Residenziale " _____ " ha sede presso il Comune di _____, in Piazza/via/viale/loc. _____ e ha una capacità di n. _____ posti letto.

Art. 8

(Durata dell'Accordo)

La durata dell'Accordo è di 5 anni dalla data del 01/01/2024 e si concorda pertanto la scadenza per la data del 31/12/2028.

Art. 9

(Modalità di Recesso dall'Accordo)

Le parti hanno facoltà di recedere unilateralmente dal presente Accordo nel caso di inottemperanze agli impegni previsti dagli articoli del presente Accordo di Programma, successiva diversa normativa interveniente, ovvero venga disatteso l'articolo 2 - "Finalità e Oggetto dell'Accordo".

Il recesso deve essere esercitato mediante comunicazione scritta alle parti, con preavviso di sei mesi dalla data di ricevimento della raccomandata A/R o della PEC.

Per tutte le questioni relative alla interpretazione ed esecuzione del presente Accordo, sarà competente in via esclusiva il Foro di Brescia.

Art. 10

(Spese di stipula accordo)

Il presente Accordo è esente da imposta di bollo in modo assoluto, ai sensi del DPR 642/1972 - art. 27 bis allegato B. Il presente Accordo viene registrato solo in caso d'uso.

Letto, confermato e sottoscritto digitalmente

_____ lì _____
(Luogo) (data)

PER L'ENTE GESTORE

(denominazione Ente Gestore)

Il Legale Rappresentante

(nome e cognome del legale rappresentante) (Firma)

PER LA PROPRIETÀ
DELL'IMMOBILE

(se diverso dall'Ente Gestore)

(Denominazione Ente/persona proprietaria)

Il Legale Rappresentante

(se diverso dall'Ente Gestore)

(nome e cognome legale rappresentante) (Firma)

PER IL COMUNE DI

(denominazione del Comune)

Il Sindaco

(nome e cognome Sindaco) (Firma)

PER L'ASSEMBLEA DEI SINDACI DELL'AMBITO
TERRITORIALE SOCIALE DI/DEL/DELLA

(denominazione Ambito Territoriale Sociale)

Il Presidente

(nome e cognome Presidente Assemblea dei Sindaci) (Firma)

PER L'ASST

(denominazione ASST)

Il Direttore Generale

(nome e cognome Direttore Generale di ASST) (Firma)

PER L'ATS DI BRESCIA

Il Direttore Generale

_____ Dr. Claudio Vito Sileo _____
(nome e cognome Direttore Generale di ATS) (Firma)