

Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"

Newsletter n. 7-8

Luglio - Agosto 2011
www.fondazione-sr.it



IN QUESTO NUMERO

- ✓ **Sotto la lente**
I servizi per gli anziani sono "aziende"?
di **Marco Trabucchi**

- ✓ **Novità e segnalazioni – Spazio ai lettori**
 - Mia madre è un fiume di **Donatella Di Pietrantonio**
 - **SANIT** - 8° Forum internazionale della salute, Roma 14-17 giugno 2011

- ✓ **Il punto di vista**
La rete dei servizi a favore dei malati di Alzheimer di **Luisa Bartorelli**

- ✓ **Un po' di diritto**
Normativa della Regione Piemonte di **Maria Carla Claudi**

Comitato di redazione della Newsletter:
Carlo Ferri e Marco Trabucchi, Massimo Oliverio e Francesca Vanara, Maria Carla Claudi e Federica Lussiana.

La Fondazione Socialità e Ricerche

La Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS è stata istituita per studiare i problemi connessi con la vita della persona che invecchia.

Oggi si riconosce che la complessità caratterizzante la società post-moderna non permette al singolo programmatore o decisore di stabilire quali siano le opzioni più opportune: è necessario un lavoro di preparazione e di studio che solo una cultura della ricerca e dell'analisi sperimentale può compiere. Il metodo della ricerca sperimentale deve essere improntato al principio di riconoscere la centralità della persona ed al rispetto assoluto per la sua libertà ed autonomia nel ricostruire una dignità vera, anche in condizioni cliniche e psicosociali critiche.

In tale ottica, la Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS" intende stimolare studi e progetti al fine di offrire concrete proposte di lavoro a chi, nei molti ambiti vitali della persona fragile, si preoccupa di costruire ambienti più "normali", dove nessuno sia dimenticato, soprattutto se si trova in condizioni di fragilità, di sofferenza o di non autosufficienza.

Carlo Ferri
Presidente
della Fondazione

Marco Trabucchi
Presidente
Comitato scientifico

SOTTO LALENTE

I servizi per gli anziani sono “aziende”?

di **Marco Trabucchi**, *Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus; Università di Roma Tor Vergata*

La critica più frequente che oggi viene fatta all'interno del nostro sistema di servizi per gli anziani è che la programmazione è fondata prevalentemente su principio del risparmio, rinunciando troppo spesso ad una adeguata valutazione dei risultati. L'argomento è al centro di molti dibattiti, in particolare in questi momenti di crisi; l'attuale incertezza potrebbe però stimolare la formazione di nuove idee, importanti per fondare il futuro. Perché il pericolo maggiore in questo momento sarebbe il rinchiudersi in difesa del presente, quasi fossimo colpevoli di sprechi o di un'assistenza ridondante. A noi interessa costruire una rete sempre più efficace di protezione dei vecchi fragili, modulandola sulle realtà locali, che sono purtroppo ancora molto diverse per qualità e quantità dei servizi.

Come sanno i lettori della nostra newsletter, non mi sono mai posto in una posizione moralistica, quella di chi afferma la propria superiorità morale rispetto alle banalità dei bilanci. No, noi che operiamo nei servizi per l'anziano siamo gente del nostro tempo che si colloca all'interno di logiche concrete e quindi anche delle logiche economiche. Però non si può accettare che in un calcolo eco-

nomico il valore della vita e della sua qualità non sia valutato in maniera adeguata. Che senso ha parlare di azienda se ne conosco bene (speriamo!) i costi, ma non riesco a dare un valore al prodotto, nel nostro caso la vita e la salute delle persone in età avanzata? I conti pseudo aziendali vengono fatti confrontando la disponibilità economica, il più delle volte un trasferimento quasi meccanico da parte delle Regioni, e i costi affrontati da una certa specifica ASL e ospedale. Ma questo non è un bilancio, perché nessuna azienda manifatturiera si comporterebbe così; le sue entrate sono infatti generate dalla qualità e quantità del prodotto. Nel nostro caso il prodotto non interessa, si parla solo di finanziamenti a quota capitaria (o quasi) e di costi, magari pensando che siano standard. Peraltro in questa logica si dimentica che mentre il singolo atto di cura per un malato acuto può per approssimazione essere standardizzato (vedi il sistema dei DRG), nel caso di un ammalato cronico, che ha bisogno di cure continuative che attraversano diverse tipologie di servizi, non vi sono attualmente modelli di costi ai quali potersi ispirare prima di far calare dall'alto una gabbia di regole e di comportamenti. Quindi la logi-

ca attuale andrebbe completamente rivista, valorizzando il prodotto che è frutto dei nostri interventi. Nessuno pensa di tornare ad un sistema dove tutto viene pagato senza alcuna visione critica e programmatoria; però pensiamo che si debba dare valore ai risultati, in particolare quelli più difficili da raggiungere (e quindi immettendo in ogni valutazione la misura del rapporto nel singolo paziente tra la condizione di partenza e quella di arrivo, che si deve misurare ripetutamente, valorizzando la dimensione tempo). Recentemente Umberto Veronesi, che è stato ministro della Sanità e dirige un grande istituto clinico e di ricerca (e quindi sa di cosa si parla) ha scritto riferendosi ad un problema contingente: “Quante persone avranno guarito e salvato i medici del San Raffaele? Migliaia certamente, ma come conteggiarle nel fatidico bilancio? E’ monetizzabile una vita salvata? E’ possibile quantizzare il valore di una vita? E’etico farlo? Per il sistema assicurativo sì, con fior di tabelle minuziose, ma per gli ospedali no.” Pensiamo, nel nostro campo, al valore umano e clinico generato dalle residenze per anziani non autosufficienti. Come calcolare il loro prodotto, che tutti ritengono di grande valore, ma che non siamo in grado di valutare oggettivamente? Quali parametri utilizzare? I giorni di degenza? La mortalità entro specifici periodi? La comparsa di eventi clinici avversi? ecc. Lo stesso si potrebbe dire per le varie forme di assistenza domiciliare. Su questi temi abbiamo responsabilità rilevanti anche noi operatori, perché non abbiamo saputo definire i confini, gli obiettivi e i risultati attesi del nostro lavoro. Per molti anni abbiamo avuto un ri-

conoscimento implicito dell’importanza di quello che facevamo sul piano clinico ed umano; non abbiamo quindi mai impegnato energie nella dimostrazione oggettiva dei nostri risultati. Oggi dobbiamo cambiare modalità di approccio ai problemi e fornire per quanto è possibile dati che possano essere inseriti in un’equazione di governo dei servizi. Se avverrà questo cambiamento non saremo certo noi a soffermarci sulla parola “azienda” che scandalizza molti non addetti ai lavori; anzi vorremmo contribuire a costruire aziende serie, in grado di apprezzare l’impegno dei molti operatori che con generosità e intelligenza sono coinvolti nell’impresa di rendere meno dura la vita degli anziani non autosufficienti.

Mi rendo conto benissimo che la tematica è delicata e che ci si muove tra posizioni spesso non equilibrate, tra rigidità da una parte e dall’altra. Sarebbe invece necessario costruire luoghi di discussione serena e soprattutto responsabile, pur nell’estrema difficoltà: ne saremo capaci? Mi piacerebbe che i lettori volessero arricchire il dibattito inviando le loro osservazioni; perché questi argomenti sono materia per gli addetti ai lavori, ma talvolta noi che siamo meno “formalmente esperti” riusciamo a guardare i problemi con realismo responsabile, utile anche per chi deve affrontarli dall’alto di grandi competenze ed esperienze (ai quali lasciamo peraltro la responsabilità finale di decidere, purché usino strumenti di misura più adeguati degli attuali).

NOVITA' E SEGNALAZIONI – SPAZIO AI LETTORI

Questo spazio è dedicato a fornire informazioni sulle novità e sugli studi, a livello nazionale e internazionale, sulle problematiche di diversa natura riguardanti gli anziani e, in generale, i soggetti che versano in stato di svantaggio, materiale, fisico e psicologico.

Qui vengono anche pubblicati materiali e proposte su tali problematiche forniti da chi desidera collaborare alla nostra iniziativa.

Mia madre è un fiume **di Donatella Di Pietrantonio**

Segnaliamo il romanzo (Elliot edizioni, 2011) di una scrittrice abruzzese, Donatella Di Pietrantonio. Nel racconto, dal quale emerge la grande sensibilità dell'autrice, i ricordi della protagonista si sommano al dolore di assistere impotente al disfacimento della madre, malata di Alzheimer, ormai anziana, che mostra i primi segni della malattia che le toglie i ricordi, l'identità, il senso stesso dell'esistenza. È tempo per la figlia di prendersi cura di lei e aiutarla a ricostruire la sua storia, la loro storia, che si svolge dagli anni Quaranta fino ai nostri giorni, in un Abruzzo "luminoso e aspro". Giorno dopo giorno, sfilano i personaggi della famiglia, gli abitanti del piccolo paesino all'inizio senza acqua né luce, le fatiche della campagna, l'allegria dei matrimoni, la ruvidezza degli affetti, l'emancipazione dall'analfabetismo e la fine della sottomissione femminile, ma emerge anche la lenta metamorfosi dei sentimenti di una figlia che proprio prendendosi cura della madre, riesce a trasformare e ricostruire il rapporto con lei, che era "nato storto fin da subito" e proseguito ancora peggio, in un indissolubile legame madre-figlia che oscilla tra amore e odio, nostalgia e rifiuto.

Ne riportiamo alcuni brani significativi, descrittivi della malattia.

Certi giorni la malattia si mangia anche i sentimenti. E' un corpo apatico, emana l'assenza che lo svuota. Ha perso la capacità di provare. Allora non soffre, non vive.

Respira a bocca aperta, con un sibilo leggero e regolare. Al risveglio sarà disorientata, le sembrerà mattina, o di trovarsi da me. Poi si vedrà sul suo vecchio divano e poco alla volta riconoscerà la casa e

forse il pomeriggio. Sussulta di chissà quali sogni. La osservo da vicino, ha l'espressione dolorosa della luna non proprio piena. La pelle è sottile sul naso, sugli zigomi, tesa e lucida, quasi prossima a lacerarsi. Il corpo invecchia rapido, segue a poca distanza il declino del pensiero. Faceva le scale sempre di corsa, fischiettando. Ora si afferra con la destra al passamano della ringhiera e issa il suo

peso da un gradino all'altro con fatica crescente...

Sulla mano le cade un raggio di sole dalla finestra. Le nocche e le vene sono gonfie. L'ultima falange di ogni dito cambia improvvisamente direzione rispetto all'asse, come deviata verso il pollice da un colpo di vento. Sull'anulare l'angolo è così netto che sembra rotto e riattaccato male...

Mi distolgo dal suo sonno e gironzolo per le stanze con il vago proposito di dare una sistemata. Tra i calici di cristallo e i servizi da caffè della vetrinetta buona, ci sono pacchi di pasta e di zucchero, interi o aperti. Vado a rimetterli a posto ma ci trovo l'insetticida. Lo infilo nell'anta sotto il lavandino e lì bottiglie di olio e aceto si alternano ai detersivi. Ci vorrebbe un modello matematico per sistemare questa casa, da applicare una o due volte alla settimana. Qui se manca un oggetto ti disperdi perché non sai dove cercarlo, invece ti capita un'altra cosa che serviva giorni prima. Il sale stava nel congelatore.

Apro il frigorifero per bere: sul ripiano in alto una pentola coperta. Spero per un istante che possa aver cucinato qualcosa di diverso dal solito sugo di pomodoro con l'olio e il basilico dimenticati. Sollevo piano il coperchio. E' vuota...

Mi guardo intorno con gli occhi di mia madre. La casa diventa estranea, ostile. Nasconde, fa i dispetti, non è sicura. La abita una forza maligna che crea disordine e le comanda cose strane. Dove posare questa pentola pulita che si trova fra le

mani? Nel frigorifero l'accoglie la luce accesa, il ronzio tranquillo di sempre. Ecco le uova, in fila per sei come soldatini, non si può sbagliare, in quelle forme non può andarci altro, tutt'al più ci si può confondere tra quelle più fresche e quelle meno, qual è la fila delle uova di giornata, la prima o l'ultima? Intanto appoggia la pentola accanto alla scamorza...

Anche il corpo è uno straniero. Non ricorda se ha mangiato, se lo deve lavare. Scopre ogni giorno con lo stesso stupore il secondo dito del piede destro che da anni si è sollevato e sovrapposto all'alluce. Indossa la maglia di lana una mattina afosa d'agosto. Non sa che sente caldo...

La sua memoria è adesso un manoscritto a inchiostro simpatico, lo sfoglio pagina per pagina e ci passo la fiamma vicino perché le si riveli. A volte non vuole. Allora guardo i fogli da fuori, chiusi sul mistero della loro indisponibilità. Nascondono contenuti all'apparenza neutri che la malattia ha deciso di proteggere nell'indicibile...

Devo andare da lei ogni due o tre giorni. Non tollero separazioni più lunghe, ho paura di perderla. Immagino che da un momento all'altro precipiti, come la mamma di Rita che una mattina l'ha fatta sul pianerottolo e ci si è seduta vicino ad aspettare. O come la vecchia Lisetta, che si strappava ciocche di capelli e li nascondeva in mezzo agli spaghetti al sugo.

* * *

SANIT - 8° Forum internazionale della salute

A Roma, dal 14 al 17 giugno 2011 si è tenuto l'8° Forum internazionale della salute, nell'ambito del quale è stata organizzata una serie di convegni diretti ad innalzare il livello di informazione, consapevolezza, ottimizzazione delle risorse e qualità del nostro sistema sanitario. Nell'ambito della manifestazione è stato dato ampio spazio alle problematiche dell'assistenza alle persone anziane o ad esse attinenti.

Al riguardo si segnalano i seguenti convegni.

- Tecnologie al servizio dell'anziano: vivere assistito dall'ambiente (ambient assisted living) organizzato da Fondazione Don Gnocchi, Roma;
- Tavola rotonda: Neuroscienze nutrizionali nella prevenzione dell'invecchiamento cerebrale patologico, organizzato da IRCCS Fondazione istituto nazionale C. Mondino, Pavia
- Coordinamento, centralità e continuità: le tre C della cooperazione di Federazione Sanità Confcooperative: coordinamento dei servizi e delle attività della rete, continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, centralità della persona e della

famiglia organizzato da Federazione Sanità Confcooperative

- Anziani: Bilancio dei nostri scenari presenti e futuri in sanità, organizzato da Federanziani
- La sanità nei prossimi anni organizzato dal Ministero della Salute
- Idee muscoli e cuore in movimento 2001 "Non nicchiamo" La salute nella terza età: limiti, traguardi e prospettive, organizzato dall'IRCCS Istituto nazionale dei tumori, Regina Elena, Roma.

Nel corso del Forum, si è tenuta l'Assemblea nazionale della Federanziani, che ha visto la partecipazione dei delegati provenienti da tutte le province d'Italia, tenutasi, fra l'altro, per discutere delle politiche sanitarie per la terza età e per formulare nuove proposte.

Nell'ambito della manifestazione sono stati tenuti numerosi eventi tra convegni e incontri formativi sui temi legati alla salute della terza età.

La Federazione è un'associazione senza fini di lucro, fondata nel 2006 con lo scopo di tutelare i diritti e promuovere la qualità della vita degli anziani.

IL PUNTO DI VISTA ...

La rete dei servizi a favore dei malati di alzheimer

di **Luisa Bartorelli**, *Direttore Centro Alzheimer Fondazione Roma - Presidente Alzheimer Uniti Onlus*

Premessa

L'approccio assistenziale al malato di Alzheimer o di altra tipologia di demenza deve qualificarsi per un alto livello di cure specifiche, mirate al mantenimento dello stato funzionale al massimo grado possibile, sia dal punto di vista cognitivo-affettivo, sia da quello clinico-funzionale, dando il necessario supporto alle famiglie nei loro gravosi compiti.

Ideare, programmare, realizzare una rete assistenziale, per una tipologia di malati così complessa, è una sfida che richiede un considerevole sforzo culturale e di servizio da parte delle istituzioni e un altrettanto notevole impegno da parte degli operatori e dell'intera comunità.

Una esperienza continua a contatto di questi malati rileva come, allo stato attuale delle possibilità terapeutiche, la loro qualità di vita e il loro destino siano legati alle situazioni ambientali, sia familiari che sociali, ed alla disponibilità di servizi adeguati e di professionalità competenti.

Competenza, adeguatezza e disponibilità costituiscono tre parole chiave, una triade inscindibile di partenza, se si vogliono raggiungere obiettivi concreti e misurabili. Misurare l'efficacia degli interventi in questo campo è infatti un'altra difficile sfida, ma doverosa da perseguire in tempi al-

trettanto difficili per la sanità pubblica, proprio perché tali malati e le loro famiglie non corrano il rischio di essere defraudati delle cure necessarie e sufficienti.

Si tratta di convogliare le varie professionalità su di un lavoro integrato, valutando i bisogni in modo multidimensionale, programmando e mettendo in atto interventi mirati, verificandone l'efficacia nel tempo. A questo processo è necessario partecipare anche le associazioni dedicate, per far sì che la loro vicinanza impedisca lo iatus tra i reali bisogni dei malati e delle loro famiglie e la tonalità degli interventi programmati.

I Centri Esperti

Dal 2000, sono state istituite su tutto il territorio italiano le Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.), con la funzione di monitoraggio e valutazione dell'efficacia dei protocolli terapeutici. In realtà tali strutture, oltre alla funzione suddetta, si sono in pratica trasformate nel punto di ingresso del paziente e dei familiari nella rete dell'assistenza e restano una preziosa e insostituibile sede di riferimento, nel momento in cui vengono attivati istituzionalmente collegamenti con gli altri nodi esistenti della rete.

L'importante è che si giunga ad una omogeneità di approccio terapeutico-assistenziale tra le varie unità, sia sulle potenzialità diagnostiche, sia sulla capacità di pianificare un programma personalizzato e di seguire il paziente dopo la diagnosi per tutto il percorso di malattia, prendendolo in carico anche sul territorio, sia ambulatorialmente che a domicilio, sia nei centri diurni che nelle RSA se sono istituzionalizzati. Se le nostre UVA saranno corrispondenti a tale modello, la rete dei servizi garantirà una risposta efficace ai bisogni delle famiglie, in collegamento anche con il medico di medicina generale, che si trova accanto al paziente in ogni punto della rete.

L'Ospedale

L'unità operativa ospedaliera *non si configura* come una risposta adeguata ai bisogni dei malati di Alzheimer, nemmeno nei momenti di crisi.

Il cambiamento d'ambiente, la sua restrizione, l'inadeguatezza quantitativa ma soprattutto qualitativa del personale di assistenza, l'organizzazione mirata in questi casi più a sedare che a riattivare (neurolettici, catetere, immobilizzazione, depressione, a volte perfino contenzione fisica incongrua), fanno sì che siano preferibili le altre forme di assistenza.

Se crediamo che il momento di crisi del demente sia l'espressione di un evento di natura ambientale, che si scontra con la vulnerabilità adattativa insita nella malattia, non possiamo che riservare il ricovero ospedaliero tradizionale ad alcuni reali momenti di necessità, come gli interventi chirurgici, per il più breve tempo possibi-

le, seguiti possibilmente da un Centro di riferimento con un programma specifico.

Il Day Hospital

E' la struttura intermedia, ideale come sede di UVA, per la diagnosi, la tipizzazione e la stadiazione della malattia, e l'impostazione delle cure, nella quale - in opposizione ai ritmi tradizionali ospedalieri - è anche più agevole e dignitosa *l'accoglienza*, particolarmente delicata per le persone malate e i loro caregiver, la prima fase in assoluto dell'approccio al malato. Infatti, egli non va subito invaso con esami obiettivi, testistici o strumentali, ma *visto* nella sua interezza, permettendo le giuste pause di adattamento e l'instaurarsi così di una valida relazione di aiuto, oltre ad un programma assistenziale valido.

Il Centro diurno

Il Centro Diurno Alzheimer si inserisce nell'auspicata rete di servizi in risposta ai bisogni di tali pazienti, che dopo diagnosi, tipizzazione e stadiazione di malattia, devono portare a compimento il programma terapeutico-riabilitativo programmato, fornendo anche un sostegno qualificato alle famiglie nel grosso carico assistenziale che la gestione della malattia comporta.

Gli obiettivi principali del servizio sono quindi: diminuire il ricorso all'ospedale, evitare la istituzionalizzazione, diminuire lo stress dei caregiver e possibilmente l'uso degli psicofarmaci, migliorare la qualità di vita, mantenendo il più a lungo possibile le capacità conservate del malato.

Attività consuete del centro diurno: cura della persona; attività della vita quotidiana; attività motoria e adeguato riposo; so-

cializzazione, comunicazione; disegno, pittura, musicoterapia; giardinaggio; svago: canto, ballo; incontri di sostegno alla famiglia.

L'insieme di uno spazio ben congegnato, di un'équipe formata ad hoc, di un programma d'intervento individualizzato, costituisce *un ambiente di tipo protesico*, nel quale terapia e riattivazione hanno la maggiore efficacia.

La Residenza Sanitaria Assistenziale; il Nucleo Alzheimer.

Il Nucleo è concepito a doppio binario, uno "senza ritorno", l'altro con la funzione di "respite beds", nella convinzione che l'istituzionalizzazione totale sia l'ultima spiaggia per quei malati che non hanno alcun supporto familiare o sociale, mentre il dare respiro alle famiglie nei momenti di crisi del malato e del caregiver, tipicamente nelle fasi caratterizzate da disturbi del comportamento, sia fondamentale per poi riuscire a mantenerlo nel proprio ambiente.

Attività del Nucleo Alzheimer:

- trattamento dei disturbi comportamentali, evitando l'uso di farmaci dannosi;
- trattamento della patologia concomitante;
- adeguata nutrizione e idratazione;

- stimolazione delle capacità conservate;
- attività di riorientamento, di validazione, occupazionali, motorie;
- ambiente sicuro, rassicurante, stimolante.

L'ambiente architettonico del nucleo deve riflettere il valore che viene dato alla dignità del paziente e alle esigenze etiche, alle attività che vengono svolte e alla stimolazione che si vuole dare.

Considerazioni conclusive

Il problema dell'assistenza al malato di Alzheimer è ormai arrivato a sensibilizzare vari strati della popolazione: coloro che vivono l'esperienza all'interno della propria famiglia e coloro che la temono; gli addetti ai lavori e quelli che con slancio solidale desiderano occuparsi di malati così coinvolgenti e perturbanti; infine molti altri, sensibili alla voce dei mass media che da qualche tempo si occupano con assiduità dell'argomento.

E' fondamentale la formazione degli operatori, che non solo fornisca loro la competenza ai vari livelli della rete dei servizi, ma anche li sostenga con continuità, dotandoli di strumenti interiori, per tollerare il difficile rapporto con il paziente e l'ambiente che lo circonda.

UN PO' DI DIRITTO

In questa rubrica segnaliamo, via via, la principale normativa, emanata nel tempo, a livello internazionale, nazionale e regionale, per offrire risposta ai bisogni degli anziani e, più in generale, delle persone fragili, in coerenza con le finalità della Fondazione.

*Questa sezione è curata da **Maria Carla Claudi** per conto della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus; mariacarla.claudi@gmail.com.*

Normativa della Regione Piemonte

Nei numeri precedenti abbiamo ripercorso la principale normativa internazionale e nazionale in materia sanitaria avuto riguardo agli aspetti dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della continuità assistenziale, elementi questi fondamentali in tema di assistenza agli anziani e più in generale alle persone fragili.

Segnaliamo in questo numero, in allegato, la normativa della Regione Piemonte, che, dal 1990, ha emanato una serie di disposizioni (leggi regionali e deliberazioni della Giunta e del Consiglio regionali) per disciplinare i servizi socio assistenziali e socio sanitari, con particolare riferimento alle persone anziane, procedendo ad un progressivo adeguamento delle disposizioni stesse in attuazione della normativa nazionale intervenuta nel tempo, con particolare riferimento al Progetto obiettivo Tutela della salute degli anziani e alla normativa sull'accreditamento e sui livelli assistenziali.

E' da notare che sono state affidate all'ARPA Piemonte, per conto dell'Assessorato regionale alla Sanità, le attività di verifica dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, quale soggetto terzo non direttamente interessato al processo di accreditamento, né quale soggetto erogatore, né quale soggetto fruitore delle prestazioni.

Numerosa e significativa è la normativa sulle residenze sanitarie assistenziali, per le quali sono stati previsti ed aggiornati criteri funzionali e strutturali, linee guida e criteri di finanziamento, nonché la previsione di Centri Diurni e di Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze (D.G.R. 6 aprile 2009 n. 38-11189).

Di particolare interesse ed attualità è anche la normativa emanata sul percorso clinico assistenziale per "persone in stato vegetativo, stato di minima coscienza e locked-in sindrome" (D.G.R. 22 marzo 2010 n. 62-13647)

Per maggiori informazioni e approfondimenti sulla normativa citata e correlata si veda il sito

www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/normativa_an.htm

Allegato - Normativa Regione Piemonte in materia di assistenza socio sanitaria e socio assistenziale

D.G.R. 29 giugno 1992 n. 38-16335 "Deliberazione attuativa presidi socio-assistenziali – L.R. 37/90"

D.G.R. 9 gennaio 1995 n. 41-42433 "L.R. 37/90 - Progetto obiettivo 'Tutela della salute degli anziani' - Deliberazione attuativa relativa alle attività svolte nelle strutture residenziali"

L.R. 4 settembre 1996 n. 73 "Finanziamento Residenze Assistenziali Flessibili, Residenze Sanitarie Assistenziali e interventi di manutenzione straordinaria alle strutture sanitarie"

D.G.R. 18 novembre 1996 n. 203 "L.R. n. 73/96, art. 1, comma 4 – Requisiti funzionali e strutturali per i Presidi oggetto di finanziamento – Criteri di selezione per l'assegnazione dei contributi"

D.G.R. 28 dicembre 1998 n. 14-26366 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo 'Tutela della salute degli anziani'. Unità di Valutazione Geriatrica"

D.G.R. 9 dicembre 1998. n. 47-26252 "Accordo regionale per l'attività di assistenza sanitaria dei Medici di Medicina Generale agli ospiti in RSA e RAF della Regione Piemonte"

D.G.R. 19 luglio 1999 n. 46-27840 "Modificazioni e integrazioni alla DGR 47/98"

D.G.R. 7 febbraio 2000 n. 39-29311 "L.R. 73/96, art. 1 - Nuovi ed ulteriori requisiti funzionali e strutturali per i Presidi oggetto di finanziamento - Obiettivi e modalità di partecipazione al bando- Criteri di selezione per l'assegnazione dei contributi"

D.C.R. 22 febbraio 2000 n. 616-3149 "D.P.R. 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione"

D.G.R. 1° marzo 2000 n. 37-29527 "D.G.R. n. 47-26680 del 15/02/1999. Protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e la Compagnia di S. Paolo per la realizzazione di centri diurni"

integrati per anziani: Obiettivi e modalità di partecipazione al bando. Criteri di selezione per l'assegnazione dei contributi"

D.G.R. 1° marzo 2000 n. 29-29519. "Criteri di indirizzo per l'adeguamento della DGR 41-42433/95 a quanto previsto dal D.Lgs 229/99". (Abrogata da dgr 38/2009 – Alzheimer)

D.G.R. 24 luglio 2000 n. 65-565 "Criteri per il mantenimento, in via sperimentale, di persone anziane non autosufficienti in Residenze Assistenziali (R.A.)"

D.G.R. 11 giugno 2001 n. 61-3230 "Disposizioni attuative della DCR 616/2000 e della DGR 82/2000 in merito all'applicazione dell'istituto dell'accreditamento, al protocollo di controllo e/o vigilanza per le autorizzazioni alle strutture sanitarie private e alle relative procedure amministrative"

D.G.R. 29 luglio 2002 n. 25-6772 "L.R. n. 22/90, art. 3 e smi – Finanziamento di Presidi socio assistenziali – Nuovi requisiti strutturali e gestionali per strutture destinate ad anziani autosufficienti – Criteri e modalità di partecipazione al bando di finanziamento"

D.G.R. 2 dicembre 2002 n. 33-7910 "Criteri per il mantenimento di persone anziane non autosufficienti in Residenze Assistenziali - Modifiche alla D.G.R. n. 65-565 del 24/07/2000"

D.G.R. 5 maggio 2003 n. 46-9275 "Individuazione dei criteri di riparto di Euro 20.000.000 a favore dei quattro Quadranti delle Aziende Sanitarie Regionali e definizione dei nuclei a bassa intensità sanitaria in Residenza Assistenziale Flessibile, a modifica e integrazione della D.G.R. 41-42433 del 9.1.1995"

D.G.R. 6 ottobre 2003 n. 42-10624 "Disposizioni per l'autorizzazione e il funzionamento delle RSA, finanziate ex art. 20 – legge 11 marzo 1988, n. 67"

L.R. 29 novembre 2004 n. 37 "Modifiche alla legge regionale 4 settembre 1996, n. 73 (Finanziamento Residenze Assistenziali Flessibili, Residenze Sanitarie Assistenziali e interventi di manutenzione straordinaria alle strutture sanitarie)"

D.G.R. 20 dicembre 2004 n. 72-14420 "Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente"

D.G.R. 7 marzo 2005 n. 75-15004 "L.R. 73/1996 così come modificata dalla L.R. 37/2004. Approvazione dei criteri e delle procedure per il reperimento nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di posti letto da adibire ad attività socio sanitarie"

D.G.R. 30 marzo 2005 n. 17-15226 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 'DPCM 29.11.2001, Allegato 1, punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria"

D.G.R. 30 marzo 2005 n. 18-15227 "Criteri e modalità di convenzionamento delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti con le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali in attuazione dell'art. 3 della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1"

D.G.R. 30 marzo 2005 n. 54-15262 "L.R. 8 gennaio 2004 n. 1 – Promozione della rete delle strutture socio assistenziali – Bando per la realizzazione di posti letto RAF presso le Residenze Assistenziali per anziani – Criteri per la concessione di contributi regionali finalizzati alla attuazione degli interventi"

D.G.R. 31 luglio 2006 n. 2-3520 "Piano d'intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla DGR n. 17-15226 del 30 marzo 2005"

D.G.R. 10 marzo 2008 n. 42-8390 "Cartella Geriatria dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica e integrazione della DGR 17/2005 e della DGR 14/1998"

D.G.R. 14 luglio 2008 n. 35-9199 "Presa d'atto del profilo del Direttore di Comunità Socio Sanitaria e definizione delle modalità attuative dei relativi percorsi formativi"

D.G.R. 1 agosto 2008 n. 39-9365 "Assistenza residenziale a favore di persone anziane non autosufficienti. Piano conclusivo per l'omogenea applicazione del modello assistenziale e tariffario di cui alla DGR 17/2005. Modifiche e integrazioni alla DGR 2/2006" D.G.R. 1 dicembre 2008 n. 37-10232 "L.R. 1/2004, art. 3 – Promozione della rete dei servizi per gli anziani – Anno 2008 – Indirizzi e criteri per l'ammissione al contributo per la realizzazione di strutture socio-sanitarie:"

D.G.R. 6 aprile 2009 n. 38-11189 "Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze, ai sensi della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005. Revoca della D.G.R. 29-29519 del 1 marzo 2000 'Criteri per l'adeguamento della DGR 41-42433/95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99"

D.G.R. 16 marzo 2010 n. 79-13574 "Approvazione nuova versione Allegato E (Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all'accoglienza) alla D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 'Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio

sanitarie' e determinazioni in merito all'individuazione delle strutture socio sanitarie per anziani non autosufficienti interessate ad avviarne la sperimentazione"

D.D. 17 marzo 2010 n. 129 "Modalità e termini per la presentazione delle domande da parte delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private interessate ad aderire alla sperimentazione dell'applicazione dei 'Percorsi integrati di cura e protocolli di attività relativi all'accoglienza', nonché delle modalità e della modulistica per la rendicontazione delle spese di trasferta del personale che partecipa ai correlati percorsi formativi"

D.G.R. 22 marzo 2010 n. 62-13647 "Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Sindrome"

D.G.R. 22 marzo 2010 n. 64-13649 "Percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l'assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti CC.CC.NN.LL."

D.G.R. 26 luglio 2010 n. 52-409 "L.R. 8/01/2004 n. 1 'Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento'. Approvazione delle linee guida riguardanti le attività formative per gli operatori dei servizi sociali e socio sanitari finanziate dalle Province con fondi regionali (Direttiva socio-assistenziale) – Biennio formativo 2010-2012"

D.G.R. 2 agosto 2010 n. 69-481 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009"

