

Franco Pesaresi

Gli approfondimenti di NNA
MANUALE DEL CENTRO DIURNO

Anziani non autosufficienti
e anziani affetti da demenza

Volume promosso dalla Fondazione Cenci Galligani


MAGGIOLI
EDITORE

© Copyright 2018 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2000

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggiolieditore.it
e-mail: clienti.editore@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relativi alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegata.

Gli Autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenuti.

L'Editore non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Finito di stampare nel mese di novembre 2018
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna (RN)

Indice

<i>Prefazione di Gianfranco Platti</i>	Pag.	7
<i>Introduzione.....</i>	»	9
 PARTE PRIMA		
Le diverse tipologie di Centro diurno per anziani		
1. I Centri diurni per anziani	»	13
1.1. La normativa nazionale.....	»	13
1.2. Le tipologie dei CD identificate dalle regioni	»	15
1.3. Le definizioni e le finalità.....	»	21
 PARTE SECONDA		
Centri diurni per anziani non autosufficienti o con demenza		
2. L'utenza.....	»	25
3. I posti previsti	»	31
4. I posti attivati	»	34
5. L'accesso ai Centri diurni.....	»	39
6. Gli standard di personale.....	»	50
6.1. Gli standard assistenziali regionali dei Centri diurni per anziani non autosufficienti.....	»	51
6.2. Gli standard assistenziali regionali dei Centri diurni per anziani con demenza/Alzheimer	»	54
6.3. Le figure professionali utilizzate.....	»	59
6.4. Le funzioni di responsabilità e coordinamento	»	60
6.5. L'assistenza medica	»	63
6.6. La formazione.....	»	64
7. I trattamenti assistenziali e le procedure	»	65
7.1. La prevenzione e il trattamento delle sindromi geriatriche		65
<i>Marina Simoncelli</i>		
7.2. Le prestazioni assistenziali nei Centri diurni Alzheimer.....	»	72

7.3. Gli interventi psicosociali nei Centri diurni Alzheimer	»	77
7.4. Il sostegno ai caregiver	»	82
7.5. La durata della frequenza nei Centri diurni	»	84
7.6. Gli strumenti operativi e i documenti da conservare	»	85
7.7. Le procedure per la dimissione	»	86
8. L'orario di funzionamento	»	88
9. Le tariffe e la ripartizione dei costi	»	90
9.1. Il calcolo della tariffa	»	90
9.2. Le tariffe dei Centri diurni per anziani	»	96
9.3. La ripartizione dei costi	»	102
9.4. La quota sanitaria	»	105
9.5. Compartecipazione alla spesa dell'utenza	»	107
9.6. Le assenze	»	112
9.7. La spesa complessiva	»	114
10. Carta del servizio e regolamento	»	116
11. Gli indicatori	»	120
12. La dimensione e l'ubicazione	»	138
12.1. La dimensione	»	138
12.2. L'ubicazione	»	140
13. Standard e requisiti strutturali	»	141
13.1. Le norme nazionali	»	141
13.2. Le norme regionali	»	141
13.3. I Centri diurni Alzheimer	»	145
14. Il Centro diurno integrato per anziani: caratteristiche di un'esperienza nel- l'hinterland milanese	»	151
<i>Daniele Zaccaria</i>		
14.1. L'evoluzione nel tempo del servizio: criticità e risposte di anticipazione	»	152
14.2. Il coordinatore del CDI: facilitatore di adattamento	»	156
14.3. L'importanza della comunicazione interna e la gestione dello stress da lavoro	»	159
14.4. Il triangolo paziente-équipe-famiglia	»	162
14.5. Villa Sormani: un'organizzazione in salute	»	163
15. I Centri diurni tra scienza e prassi	»	165
<i>Marco Trabucchi</i>		

PARTE TERZA

Il Centro diurno di protezione sociale per anziani

16. Il Centro diurno di protezione sociale per anziani	»	171
--	---	-----

17. Conclusioni	»	177
<i>Bibliografia</i>	»	179

PARTE QUARTA

Allegati

A1. Schema di Carta di servizio.....	»	193
A2. Schemi di questionari sul grado di soddisfazione	»	209
A3. Come appaltare la gestione di un Centro diurno per anziani	»	221
a cura di <i>Marta Filipponi e Federica Mercuri</i>		
a. Progetto del servizio	»	222
b. Capitolato speciale di appalto	»	227
c. Disciplinare di gara	»	247

Prefazione

Gianfranco Platti – Presidente della Fondazione Cenci Gallinani

La Fondazione Cenci Gallinani è particolarmente lieta che il “Network Non Autosufficienza” nel proseguire la sua attività di collaborazione con noi abbia proposto il tema dei Centri diurni, compiendo così un’approfondita ricerca della situazione nazionale che ha portato alla pubblicazione di questo volume.

Certamente la Fondazione Cenci Gallinani condivide l’attenzione verso questo servizio, intrinsecamente innovativo rispetto alle tradizionali soluzioni di cura di tipo residenziale rivolti agli anziani specie se non autosufficienti o affetti da demenza.

Ma per noi vi è un motivo in più, legato alle iniziative che abbiamo attuato al nascere stesso della Fondazione. Infatti il primo investimento importante della Fondazione è stato proprio la realizzazione del Centro diurno di Villa Sormani, che è operativo dal 2000 e di cui è stata svolta un’analisi storico-organizzativa nel capitolo 15 di questo volume, come esempio particolarmente significativo dell’evoluzione che hanno avuto i Centri diurni, per lo meno nella nostra zona della Lombardia.

Ma, per la convinzione dell’importanza di questo servizio per la vita degli anziani, la Fondazione ha anche sostenuto progetti di altri centri come il Centro diurno Costa bassa di Monza, il giardino d’inverno al Melo di Gallarate.

Oggi questo volume ci dà l’opportunità di iscrivere questa nostra esperienza in un quadro molto più ampio, veramente ricco sia di dati nazionali che di utili informazioni per chi volesse intraprendere questa esperienza.

Il lavoro di Pesaresi e dei suoi collaboratori ha corrisposto pienamente alle nostre attese, presentando un volume completo e documentatissimo, con una serietà di analisi che dovrebbe sempre contraddistinguere chi interviene su ambiti della nostra vita comune che riguardano i più deboli e i bisognosi.

Sappiamo che non sempre è così, ma se con questo volume abbiamo contribuito a promuovere uno sguardo attento, analitico e documentato sulla offerta e il funzionamento dei Centri diurni, non possiamo non esserne felici e rendere un plauso incondizionato a chi lo ha realizzato.

Introduzione

Il Centro diurno per anziani è una struttura sociosanitaria a carattere diurno. Esso svolge funzioni di carattere socio-assistenziale, riabilitativo e di mantenimento delle potenzialità e dell'autonomia socio-relazionale della persona.

Spetta alle regioni definire le funzioni dei Centri diurni che sono comunque orientate, seppur con diversa intensità nelle varie regioni, a sviluppare i seguenti obiettivi:

- favorire la permanenza a domicilio della persona, attraverso misure idonee a favorire il mantenimento nella propria abitazione o a contrastare il ricovero presso strutture residenziali;
- garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e di riabilitazione atte a mantenere le condizioni di autonomia e a rallentare il processo di decadimento fisico e psichico;
- perseguire il benessere fisico e relazionale attraverso un miglioramento delle condizioni di vita;
- promuovere il sostegno alla famiglia nella gestione dell'assistito totalmente o parzialmente non autosufficiente.

Il centro diurno deve garantire, oltre all'assistenza agli ospiti nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, alcuni servizi e prestazioni quali l'assistenza infermieristica, la somministrazione dei pasti e lo svolgimento di attività aggregative, ricreative, culturali e di mobilitazione.

L'assistenza in Centro diurno, mantenendo l'assistito al proprio domicilio, comporta una maggiore responsabilizzazione della famiglia nel prendersene cura e il suo coinvolgimento nell'attuazione del piano di intervento. D'altra parte, per l'utente stesso, la permanenza in famiglia rappresenta un insostituibile fattore di appagamento psico-affettivo; egli, di fatto, ritorna nella sua casa ogni sera, mantenendo costanti i rapporti con un ambiente personalizzato (Ministero della salute, 2010).

Il presente volume si sviluppa in quattro parti.

La **prima parte** individua le diverse tipologie di Centro diurno individuate dalla normativa e realizzate dalle regioni italiane.

La **seconda parte** approfondisce l'organizzazione e le modalità assistenziali del Centro diurno per anziani non autosufficienti e del Centro diurno demenze. Si tratta del tema centrale del libro.

La **terza parte** affronta sinteticamente il tema dell'organizzazione del Centro diurno di protezione sociale/centro sociale per anziani.

La **quarta parte**, quella degli allegati, propone infine una serie di documenti tecnici utili per i gestori e gli operatori dei Centri diurni.

PARTE PRIMA

Le diverse tipologie di Centro diurno per anziani

1. I Centri diurni per anziani

I Centri diurni per anziani sono nati in Italia nei primi anni '80 spinti dal dibattito internazionale dell'epoca e con l'avvio di sperimentazioni estere analoghe, soprattutto canadesi. I primi Centri diurni (CD) si occupavano soprattutto di anziani autonomi o con iniziali limitazioni dell'autonomia, garantendo soprattutto interventi di animazione e socializzazione. Negli anni successivi, la popolazione di riferimento è gradualmente cambiata e i Centri diurni si sono indirizzati soprattutto verso gli anziani non autosufficienti e/o con demenza (Giunco *et al.*, 2011).

1.1. La normativa nazionale

Con il d.P.C.M. 29 novembre 2001 sui LEA, l'assistenza semiresidenziale è stata identificata come un livello essenziale che ogni territorio deve garantire agli anziani non autosufficienti. Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 ha confermato la norma precedente precisando che "nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria".

Ciò che caratterizza un centro diurno è la tipologia degli ospiti che accoglie e conseguentemente gli standard assistenziali che garantisce. La normativa nazionale sanitaria prevede due tipologie di assistenza semiresidenziale: quella per anziani non autosufficienti e quella per pazienti con demenza (cfr. Tab. 1).

Tabella 1 – Le tipologie di prestazioni semiresidenziali per anziani non autosufficienti

Codici di attività	Prestazioni	Descrizione
SR	Semiresidenziali	Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in Centri diurni.
SRD	Semiresidenziali demenze	Prestazioni di cure estensive erogate in Centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Fonte: documento commissione nazionale LEA “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” e decreto Ministero lavoro, salute e politiche sociali 17 dicembre 2008.

Occorre qui rilevare che mentre la precedente normativa faceva esplicito riferimento agli anziani, i nuovi LEA del 2017 fanno riferimento a “persone non autosufficienti” ampliando l’utenza ma tenendola comunque separata dai disabili che mantengono propri Centri diurni dedicati. Rimane comunque in vigore il decreto Ministero lavoro, salute e politiche sociali del 17 dicembre 2008 che, nel classificare le diverse prestazioni, prevede il Centro diurno per anziani non autosufficienti ed il Centro diurno per pazienti con demenza.

Il Nomenclatore degli interventi e servizi sociali (2013-versione 2) approvato dalla Conferenza delle regioni nel 2013, dei due Centri diurni indicati nella Tab. 1 individuati dal Ministero della salute prevede, più genericamente, il solo Centro diurno per anziani non autosufficienti all’interno della più ampia categoria dei Centri diurni semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi. Ma questa determinazione non è in grado di modificare una norma dello Stato emanata con decreto Ministero lavoro, salute e politiche sociali del 17 dicembre 2008. Il Nomenclatore aggiunge però anche i Centri diurni di protezione sociale che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero di anziani (ed altre categorie) che richiama più il modello del centro sociale che quello del Centro diurno per anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Il quadro normativo nazionale prevede dunque le seguenti tipologie di Centri diurni (CD):

1. CD per anziani non autosufficienti;
2. CD per pazienti con demenza;
3. CD di protezione sociale per anziani bisognosi di socializzazione e sostegno.

I primi due sono strutture sociosanitarie che devono essere garantite in tutto il territorio nazionale mentre la terza tipologia ha natura di carattere so-

ciale la cui realizzazione è demandata alla discrezionalità politica dei singoli territori.

1.2. Le tipologie dei CD identificate dalle regioni

Tutte le regioni hanno regolamentato in modo più o meno esaustivo la materia dei Centri diurni per anziani. Il nostro censimento ha reperito la normativa relativa a 47 diverse caratterizzazioni dei Centri diurni per cui la media è di oltre due diverse tipologie per ogni regione. Ma ci sono regioni che hanno previsto una sola tipologia (Calabria, Lombardia, Sardegna, Sicilia, Veneto) e al capo opposto la provincia autonoma di Trento che ne ha previste sei (cfr. Tab. 2).

Tabella 2 – I Centri diurni per anziani identificati dalle regioni

Regione	Denominazione	Utenza
Abruzzo	Semiresidenze anziani	Anziani
	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile
Basilicata	RSA semiresidenziali per non autosufficienti	Utenti non autosufficienti anche con demenza
	SR2D demenza	Utenti con demenza
	SR2D nucleo Alzheimer	Utenti con Alzheimer
Bolzano	Centro di assistenza diurna	Anziani non autosufficienti e in stato di bisogno sociale ed assistenziale
Calabria	Centro sociale per anziani	Anziani
Campania	Centro diurno per anziani	Anziani con media o grave limitazione dell'autosufficienza
	Centro diurno demenze	Persone affette da demenza
Emilia-Romagna	Centro diurno dedicati per demenze	Anziani con demenza
	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti
Friuli-Venezia Giulia	Servizio semires. per anziani autosufficienti	Anziani e adulti autosufficienti
	Servizio semires. per anziani non autosufficienti	Anziani e adulti non autosufficienti
Lazio	Struttura semiresidenziale per anziani	Anziani
	RSA in regime di semiresidenzialità	Persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti
	Nucleo semir. per disturbi cognitivo-comportamentali gravi	Anziani con demenza non autosufficienti o parzialmente autosufficienti

segue

Regione	Denominazione	Utenza
Liguria	Centro diurno anziani 1° livello	Persone non autosufficienti con vario grado di non autosufficienza
	Centro diurno Alzheimer	Persone con Malattia di Alzheimer o altre patologie involutive
	Centro diurno 2° livello	Persone con gravi patologie psico-involutive con prevalente disturbo cognitivo
Lombardia	Centro diurno integrato	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti o con demenza
Marche	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti
	Centro diurno demenze	Anziani con demenza
Molise	Centro diurno per anziani	Anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti
	Centro diurno integrato	Anziani per lo più affetti da demenze
Piemonte	Centro diurno con limitata risposta residenziale (sociale)	Anziani autosufficienti
	Centro diurno integrato C.D.I.	Inserito in un presidio sanitario. Per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti
	Centro diurno integrato autonomo C.D.I.A	Per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti
	Centro diurno Alzheimer autonomo C.D.A.A.	Soggetti non autosufficienti affetti da demenza
	Centro diurno Alzheimer inserito C.D.A.I.	Inserito in struttura. Per soggetti non autosufficienti affetti da demenza
Puglia	Centro diurno per anziani	Anziani
	Centro diurno integrato	Soggetti affetti da demenza
Sardegna	Centro diurno integrato	Soggetti non autosufficienti
Sicilia	Centro diurno per demenze	Soggetti con deterioramento cognitivo
Toscana	Struttura semiresidenziale per anziani	Anziani non autosufficienti e anziani parzialmente autosufficienti in situazioni di disagio, o a rischio di isolamento o di perdita di autonomia
	Centro diurno Alzheimer	Persone con disabilità cognitivo comportamentale

segue

Regione	Denominazione	Utenza
Trento	Centro diurno per anziani esterno	Anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti (e residualmente adulti)
	Centro diurno per anziani integrato	Anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti (e residualmente adulti)
	Centro diurno Alzheimer	Anziani (e residualmente adulti) con demenza con un diverso grado di non autosufficienza
	Servizio di presa in carico diurna continuativa	Anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti (e residualmente adulti)
	Servizio di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento	Persone con demenza con disturbi comportamentali gravi e persistenti
	Centro servizi	Anziani autosufficienti
Umbria	Centro diurno	Anziani
	Centro diurno per Alzheimer	Anziani affetti da alzheimer
Valle d'Aosta	Struttura semiresid. per Alzheimer	Soggetti affetti da alzheimer
	Centro diurno	Anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti
	Centro di incontro	Destinato prioritariamente alle persone anziane
Veneto	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti

Fonte: delibere e leggi regionali in bibliografia.

L'elemento principale che discrimina e caratterizza le diverse tipologie di Centri diurni è costituito dalle condizioni dell'utenza che conseguentemente influenzano poi i requisiti e l'organizzazione delle strutture semiresidenziali.

Le regioni hanno previsto quattro diverse tipologie di Centri diurni per anziani. Per affrontare questo tema occorre preliminarmente precisare che in questo volume i termini "Centro diurno demenze", "Centro diurno Alzheimer" e "Centro diurno demenze/Alzheimer" verranno utilizzati come sinonimi dello stesso identico servizio semiresidenziale dedicato ai pazienti con demenza o Alzheimer.

La tipologia prevalente adottata dalle regioni è quella del Centro diurno demenze (o Alzheimer) ed è stata prevista da 15 regioni, la metà delle quali ha aperto le strutture anche agli adulti (cfr. Tab. 3). La Basilicata ha addirittura previsto una tipologia per i pazienti con demenza ed un'altra tipologia per i pazienti con Alzheimer! Anche la Liguria ha previsto 3 diverse tipologie di Centri diurni una dei quali ospita persone con malattia di Alzheimer o altre

patologie involutive ed un'altra accoglie persone con gravi patologie psico-involutive con prevalente disturbo cognitivo. Un motivo per cui queste due regioni hanno voluto introdurre due distinte tipologie di Centri diurni per accogliere i pazienti con malattie dementigene sicuramente ci sarà ma non siamo riusciti a percepirlo.

Il Centro diurno per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti è stato adottato da 15 regioni (cfr. Tab. 3). Cinque di queste regioni (Basilicata, Friuli, Lazio, Liguria e Trento) hanno previsto anche l'eventuale inserimento di adulti nelle medesime condizioni.

L'altra tipologia prevista dalla normativa nazionale relativa all'assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti (escludendo quindi quelli parzialmente non autosufficienti) è stata adottata solo da 4 regioni con due di queste regioni (Friuli-Venezia Giulia e Sardegna) che hanno previsto l'accoglienza anche di adulti non autosufficienti. La differenziazione sembra raffinata e di poco conto ed invece è molto importante dal punto di vista dell'impatto nei servizi perché, significa ridurre significativamente la platea dei possibili beneficiari del centro diurno.

Sei regioni, inoltre, hanno previsto la realizzazione di Centri diurni per anziani autosufficienti, in alcuni casi con un disagio sociale da contrastare (cfr. Tab. 3).

Tabella 3 – Le tipologie di Centro diurno per anziani previste dalle regioni

Tipologie di Centro diurno	Regioni
Centri diurni per anziani/persone con demenza	15: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta
Centri diurni per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	15: Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta
Centri diurni per anziani autosufficienti (in Molise anche parzialmente autosufficienti)	6: Calabria, Molise, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Trento, Valle d'Aosta
Centri diurni per anziani non autosufficienti	4: Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Veneto

La maggioranza delle regioni ha previsto le due tipologie prevalenti: i Centri diurni per anziani totalmente o parzialmente non autosufficienti e i Centri diurni per demenze/Alzheimer. Un secondo gruppo di 4 regioni ha previsto una sola tipologia riservata agli anziani non autosufficienti. Ci sono poi altri 10 diversi orientamenti, ognuno dei quali, seguiti da una sola regione e relativi ad un diverso mix delle tipologie previste (cfr. Tab. 4).

Tabella 4 – I setting semiresidenziali per anziani delle regioni

	Tipologie CD	Regioni
1	Una tipologia: CD per anziani non autosufficienti	Bolzano, Lombardia, Sardegna, Veneto
2	Una tipologia: CD per soggetti con demenza	Sicilia
3	Una tipologia: centro sociale per anziani	Calabria
4	Due tipologie: CD anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti e CD Alzheimer	Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Marche, Puglia, Toscana, Umbria
5	Due tipologie: CD anziani non autosufficienti e CD per anziani autosufficienti	Friuli-Venezia Giulia
6	Due tipologie: CD anziani con demenza e CD per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti	Molise
7	Tre tipologie: CD per utenti non autosufficienti, CD per utenti con demenza e CD con utenti con Alzheimer	Basilicata
8	Tre tipologie: CD per utenti non autosufficienti, CD per utenti con demenza, CD sociale per autosufficienti	Valle d'Aosta
9	Tre tipologie: CD anziani non autosufficienti, CD in RSA per persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, CD per anziani con demenza non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	Lazio
10	Tre tipologie: CD per utenti non autosufficienti, CD per utenti con Alzheimer e CD con utenti con gravi patologie psico-involutive con prevalente disturbo cognitivo	Liguria
11	Cinque tipologie: CD sociale, CD anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di cui uno in struttura residenziale ed uno autonomo e CD per anziani non autosufficienti con demenza di cui uno in struttura residenziale ed uno autonomo	Piemonte
12	Sei tipologie: CD sociale, CD per anziani e per demenze	Trento

Nel complesso, emergono due fenomeni.

Il primo è quello della previsione delle varie tipologie di Centri diurni in modo significativamente difforme dalle indicazioni nazionali con una elevata differenziazione dei modelli dei setting. Rispetto alle indicazioni nazionali la maggioranza delle regioni ha allargato la platea dei beneficiari anche agli anziani parzialmente non autosufficienti. Di per sé questo non è sbagliato dato che l'obiettivo dei Centri diurni dovrebbe essere anche quello di contrastare il rischio di istituzionalizzazione dei soggetti ancora non completamente non autosufficienti. Funzione che i Centri diurni possono svolgere con efficacia. Tuttavia, tale ipotesi, se non affrontata con competenza ed attenzione, potrebbe portare a qualche problema gestionale dato che la quota sanitaria gior-

naliera rimborsata dal Servizio sanitario per i posti convenzionati dei centri è prevista, in base alla normativa nazionale, per i soli soggetti non autosufficienti. Inoltre, l'allargamento dell'accesso anche agli anziani parzialmente non autosufficienti, stante l'attuale indeterminatezza di tale condizione, comporta un enorme allargamento della platea potenziale e, pur essendo apprezzabile nel lungo periodo, nella fase attuale di modestissima offerta dei servizi può sottrarre assistenza a chi ne ha più bisogno.

Il secondo e più grave fenomeno è costituito dalla mancata previsione del centro diurno Alzheimer da parte di quasi un terzo delle regioni (5 regioni e una provincia autonoma). La conseguenza è che in queste regioni non possono essere realizzati e/o riconosciuti i Centri diurni dedicati ai malati di Alzheimer e questo ovviamente colpisce alla radice la possibilità di erogare assistenza specialistica ai malati garantendo loro pari possibilità di accesso in tutte le regioni italiane. È vero che i malati di Alzheimer possono essere accolti anche nei Centri diurni per anziani non autosufficienti ma è altrettanto vero che in quella sede non possono avere una assistenza calata sulle loro esigenze.

Il quadro nazionale non può pertanto dirsi soddisfacente:

- a) *per la lontananza dal quadro di riferimento nazionale.* Prevedere CD per anziani non autosufficienti ed anche per i parzialmente non autosufficienti non è sbagliato di per sé ma in questa fase di povertà di offerta rischia di sottrarre assistenza a chi ne ha più bisogno;
- b) *per la ridotta previsione delle strutture dedicate ai malati di Alzheimer.* Un terzo delle regioni italiane non ha previsto i Centri diurni Alzheimer e che quindi non si potranno diffondere in tali regioni sottraendo opportunità di cura ai malati e alle loro famiglie;
- c) *per la diffusa disomogeneità.* La Tabella 4 ha evidenziato tredici diversi setting assistenziali relativi alle sole tipologie di Centri diurni. Ci sono regioni che hanno previsto una sola tipologia ed una provincia autonoma che ha previsto addirittura sei diverse tipologie. Differenze così ampie non hanno giustificazioni. Basterebbe, molto semplicemente, che ogni regione preveda il Centro diurno per anziani non autosufficienti ed il Centro diurno demenze/Alzheimer. Potrebbero anche aggiungere il CD sociale ma per questa tipologia, assimilabile ai centri sociali, sarebbe più opportuna una deregolamentazione.

1.3. Le definizioni e le finalità

La grande maggioranza delle regioni italiane ha stabilito che le finalità principali dei Centri diurni sono quelle di erogare trattamenti tesi al recupero o al mantenimento dell'autonomia residua dell'assistito anche al fine di evitare o di rinviare il più possibile il suo ricovero in una struttura residenziale ed, inoltre, di sostenere i familiari caregiver nei loro compiti assistenziali permettendo agli stessi di continuare a lavorare. Diverse regioni hanno anche sottolineato la necessità di erogare trattamenti riabilitativi ed occupazionali insieme ad una attività di socializzazione e di relazione che permetta all'utente di sentirsi incluso e partecipe della vita sociale. A ben vedere, le finalità più importanti dei Centri diurni sono tutte esplicitate anche se non sempre in modo esaustivo nelle singole regioni.

Come si può verificare dalla Tabella 5 non ci sono grandi differenze fra le finalità dei Centri diurni per anziani non autosufficienti e i Centri diurni per anziani con demenza/Alzheimer; si nota però una maggiore attenzione per i trattamenti tesi al recupero o al mantenimento dell'autonomia residua nei Centri diurni per anziani non autosufficienti mentre in quelli dedicati alle demenze si riscontra una maggiore attenzione per il sostegno alla famiglia e per il contrasto della istituzionalizzazione degli assistiti.

Tabella 5 – Definizioni e finalità dei Centri diurni per anziani

Definizioni e finalità	Regioni	
	Per anziani non autosufficienti	Per anziani con demenza
Struttura semiresidenziale che offre assistenza diurna	Tutte	Tutte
Eroga trattamenti tesi al recupero o al mantenimento dell'autonomia residua	Abruzzo, Basilicata, Liguria, Campania, Friuli-V.G., Molise, Piemonte, Sardegna, Trento, Veneto	Basilicata, Campania, Friuli-V.G., Piemonte, Sicilia, Toscana, Trento, Valle d'Aosta
Sostiene e supporta la famiglia dell'assistito	Basilicata, Campania, Friuli-V.G., Molise, Piemonte, Trento, Veneto	Basilicata, Campania, Friuli-V.G., Liguria, Piemonte, Sicilia, Trento, Toscana, Umbria
Evita o rinvia il ricovero in strutture residenziali	Basilicata, Campania, Liguria, Piemonte, Veneto	Basilicata, Campania, Liguria, Piemonte, Sicilia, Toscana, Trento
Eroga trattamenti riabilitativi e occupazionali	Campania, Liguria, Molise, Sardegna	Abruzzo, Campania, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria

segue

Definizioni e finalità	Regioni	
	Per anziani non autosufficienti	Per anziani con demenza
Assicura attività assistenziali integrate sociosanitarie	Toscana, Veneto	Toscana, Umbria
Per anziani che necessitano di un'assistenza che non può essere offerta, in misura adeguata, al domicilio	Bolzano, Liguria, Piemonte	
Fornisce prestazioni sanitarie specialistiche	Campania	Campania
Eroga assistenza infermieristica	Sardegna	
Eroga trattamenti di ri-orientamento e tutela personale		Abruzzo
Sviluppa collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete dei servizi per le demenze		Toscana
Riduce gli accessi al DEA/PS e l'ospedalizzazione impropria		Toscana

Fonte: bibliografia.

PARTE SECONDA
Centri diurni per anziani non autosufficienti
o con demenza

2. L'utenza

Secondo i Quaderni del Ministero della salute (2010) “Il Centro diurno è una struttura assistenziale intermedia, semiresidenziale, a valenza sanitaria e sociale indicata per l’anziano che presenta due condizioni:

- disabilità grave;
- disagio sociale.”

“L’anziano eleggibile al Centro diurno deve però poter contare, al proprio domicilio, su un’assistenza informale adeguata per il periodo notturno” (Ministero salute, 2010).

La disabilità grave e quindi la non autosufficienza dell’anziano sono dunque un requisito centrale ed indispensabile per l’accesso ai Centri diurni.

Tabella 6 – Utenza dei Centri diurni per anziani

Utenza	Regioni	
	CD per anziani non autosufficienti	CD per anziani con demenza
Anziani non autosufficienti	Abruzzo, Bolzano, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-V.G., Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trento, Umbria, Valle d’Aosta, Veneto	
Persone affette da demenza, da Alzheimer e sindromi correlate		Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d’Aosta
Anziani parzialmente non autosufficienti	Abruzzo, Bolzano, Basilicata, Campania, Lazio, Lombardia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Umbria	
Persone non autosufficienti	Basilicata, Liguria	

segue

Utenza	Regioni	
	CD per anziani non autosufficienti	CD per anziani con demenza
Anziani che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario	Friuli-V.G.	
Anziani in stato di bisogno sociale ed assistenziale	Bolzano	
Anziani con ancora discrete abilità residue, bisognose di interventi di tutela, di sostegno e di assistenza anche sanitaria	Valle d'Aosta	
Anziani che vivono in un contesto di grave e prolungato isolamento sociale	Trento	
Adulti con condizioni psico-fisiche assimilabili a quelle geriatiche	Friuli V.G.	
Anziani per lo più affetti da demenze con disabilità grave e gravissima		Molise
Persone con gravi patologie psico-involutive con prevalente disturbo cognitivo		Liguria

Fonte: bibliografia.

Ma se scorriamo le delibere regionali che stabiliscono le caratteristiche organizzative dei Centri diurni per anziani scopriamo che quelli che prevedono l'accoglienza anche dei soggetti parzialmente non autosufficienti (o parzialmente autosufficienti) sono la larga maggioranza (cfr. Tab. 6). Questo ultimo dato non è il prodotto del caso. Risponde ad una precisa necessità delle politiche per gli anziani; quella che punta sulla prevenzione e sul contrasto delle istituzionalizzazioni. Ovviamente questa apertura nei confronti dell'utenza non va generalizzata ma non vi è dubbio che ci siano casi di forte disagio sociale e di prolungato isolamento sociale accompagnati dai primi scompensi funzionali che limitano l'autonomia dell'anziano. In questi casi l'accoglienza nei Centri diurni può avere un effetto molto positivo nella qualità della vita dell'anziano e nell'allontanare l'ipotesi del ricovero in una struttura residenziale. Naturalmente questa politica di apertura verso i soggetti a rischio di istituzionalizzazione e a rischio di non autosufficienza va assunta con attenzione e rigore in questo quadro di bassissimo livello dell'offerta dei servizi per evitare di allargare troppo le maglie riducendo eccessivamente le

possibilità di accesso per anziani non autosufficienti ed in condizioni di maggior bisogno. Rischio che in qualche regione è diventata certezza, a leggere la descrizione delle condizioni dell'utenza da ammettere nei centri.

La grandissima maggioranza delle regioni ha riservato i Centri diurni agli anziani ma vi sono sette regioni (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sardegna, Trento) che hanno aperto le porte, seppur residualmente, anche ad adulti non autosufficienti, che sicuramente non contrasta con i nuovi LEA.

Per quel che riguarda invece il Centro diurno Alzheimer si è badato poco alla presenza o meno della non autosufficienza. Il criterio di gran lunga prevalente è la presenza di una diagnosi di demenza, Alzheimer o di sindromi correlate indipendentemente dal grado di gravità della malattia. Solo la regione Molise ammette anziani con disabilità gravi o gravissime. Inoltre, quasi tutte le regioni – ad eccezione del Molise – ammettono tutti nei Centri diurni Alzheimer indipendentemente dall'età (e quindi indipendentemente dall'essere anziani o meno).

Un lavoro più preciso sui pazienti eleggibili è stato realizzato dalla regione Emilia-Romagna e dalla provincia autonoma di Trento.

Un documento significativo pubblicato nel 2006 dalla regione Emilia-Romagna ("Centri diurni specializzati nell'assistenza alle persone con demenza: esperienze e materiali") invita ad accogliere nei Centri diurni dedicati persone con demenza di grado moderato/severo e/o persone con demenza con disturbi del comportamento. Stabilisce inoltre che è necessario che la diagnosi di demenza sia fatta in maniera accurata e circostanziata, seguendo le linee guida ufficiali e non sulla scorta del solo Mini Mental State Examination (MMSE). A tale proposito è possibile rivolgersi ai Centri esperti demenze (oggi si chiamano Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD)). "Possono accedere al Centro diurno dedicato, soggetti provenienti dal proprio domicilio, ovvero già seguiti presso Centri diurni non specializzati, o ammalati reduci da un periodo di inserimento in struttura residenziale. Per facilitare l'individuazione dell'utenza che può accedere a questi servizi si consiglia quindi di fare riferimento ai punteggi conseguiti nella scala MMSE e al Neuropsychiatric Inventory (NPI) di Cummings, considerando come target l'anziano che si collochi orientativamente al di sotto dei 19 punti al MMSE e al di sopra dei 20 punti per l'NPI. Ciò non toglie che, su indicazione dei Centri esperti o su valutazione delle UVG (Unità di valutazione geriatrica) possano venir inseriti anche anziani con valori diversi da quelli sopra riportati (sia in

eccesso che in difetto) partendo dal presupposto che appare particolarmente riduttivo ingabbiare all'interno di standard rigidi la complessità e la variabilità di situazioni che di norma si riscontrano quando ci si trova ad avere a che fare con anziani affetti da demenza e con le loro famiglie" (Regione Emilia-Romagna, 2006).

La provincia autonoma di Trento ha stabilito i seguenti criteri di ingresso per l'accesso ai Centri diurni per le persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento (è la struttura che ospita i pazienti più impegnativi):

- certificazione di diagnosi specialistica di malattia di Alzheimer o di altra demenza con disturbi comportamentali gravi e persistenti (indicativamente punteggio totale NPI – NeuroPsychiatric Inventory uguale o superiore a 36 punti oppure almeno un valore delle scale agitazione/aggressività, irritabilità disinibizione o affaccendamento motorio con punteggio uguale a 12);
- profilo SVM (Scala di valutazione multidimensionale) corrispondente a 16 (Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia) o 17 (Problemi comportamentali, dipendente);
- profilo SVM di mobilità uguale a 1 (si sposta da solo) o 2 (si sposta assistito, purché non permanentemente in carrozzina);
- rete familiare in grado di sostenere un progetto domiciliare espresso con Valore VSOC (valutazione sociale) "profilo rete sociale" della scheda SVM uguale a 1 (ben assistito) o a 2 (parzialmente assistito).

La stessa provincia autonoma di Trento ha definito anche i criteri di esclusione dall'accesso ai centri in modo da caratterizzare e specializzare le diverse tipologie di Centri diurni (cfr. Tab. 7).

Tabella 7 – Provincia autonoma di Trento: criteri di esclusione per i Centri diurni

Centro diurno anziani	Centro diurno Alzheimer	Centro diurno per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento
Persone allettate non mobilizzabili in carrozzina	Persone allettate non mobilizzabili in carrozzina	Persone allettate non mobilizzabili in carrozzina o permanentemente in carrozzina
Persone con gravi disturbi comportamentali (valutati con scala NPI) quali: deliri, allucinazioni, agitazioni, disinibizioni, attività motoria aberrante (vagabondaggio o tendenza alla fuga)	Persone con gravi disturbi comportamentali (valutati con scala NPI) quali: deliri, allucinazioni, agitazioni, disinibizioni, attività motoria aberrante (vagabondaggio o tendenza alla fuga)	

segue

Centro diurno anziani	Centro diurno Alzheimer	Centro diurno per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento
Persone con turbe del comportamento, che controindicano all'inserimento in un contesto comunitario		
Persone che vivono in contesti abitativi con barriere architettoniche non superabili con ausili di uso comune e/o con i servizi disponibili quali il trasporto disabili	Persone che vivono in contesti abitativi con barriere architettoniche non superabili con ausili di uso comune e/o con i servizi disponibili quali il trasporto disabili	Persone che vivono in contesti abitativi con barriere architettoniche non superabili con ausili di uso comune e/o con i servizi disponibili quali il trasporto disabili
Persone disabili con importanti problemi di salute per le quali il trasferimento fuori casa o l'alterazione dei ritmi della giornata non produrrebbe benefici	Persone disabili con importanti problemi di salute per le quali il trasferimento fuori casa o l'alterazione dei ritmi della giornata non produrrebbe benefici	Persone disabili con importanti problemi di salute per le quali il trasferimento fuori casa o l'alterazione dei ritmi della giornata non produrrebbe benefici
		Persone con diagnosi specialistica di demenza in assenza di disturbi comportamentali
		Persone con delirium insorto a seguito di patologia acuta e/o ospedalizzazione
		Rete familiare non in grado di sostenere una progettualità domiciliare VSO (valutazione sociale) 3

Pochissimi dati ci sono invece sulle caratteristiche degli ospiti effettivi dei Centri diurni. Solo la regione Emilia-Romagna fornisce un ampio quadro delle caratteristiche e delle persone che fruiscono dei Centri diurni a cui si aggiunge qualche modesto dato dell'Umbria e della provincia autonoma di Bolzano.

In base a questi primi, limitati, dati almeno i tre quarti dell'utenza è costituita da ultrasessantacinquenni. Le donne costituiscono il 69% circa di tutti i fruitori dei Centri diurni (Emilia-Romagna, 2013; Bagaglia, 2013).

Grazie al "Rapporto FAR 2015" dell'Emilia-Romagna sappiamo che il gruppo maggioritario di ospiti pari addirittura al 51,4% ha un'età di 80-89 anni seguito dai settantenni che superano il 20% del totale superando di poco gli ultranovantenni che costituiscono il 20,3% del totale. Ma questi ultimi sono quelli che registrano il tasso specifico d'utilizzo per età sensibilmente superiore a quello delle altre fasce di età. Sostanzialmente il 2% di tutti gli

ultranovantenni dell'Emilia-Romagna frequenta i Centri diurni. Complessivamente l'87% degli ospiti dei Centri diurni è ultrasettantacinquenne mentre l'età media è di 83 anni, in costante aumento. Si conferma che la presenza degli adulti non autosufficienti con patologie assimilabili agli anziani è residuale, costituendo solo l'1,9% del totale. La presenza è soprattutto femminile, che costituisce il 69% del totale.

La tipologia degli ospiti è ben caratterizzata: la categoria di ospiti "Soggetto non autosufficiente di grado moderato" è la più rappresentata, comprendente circa il 70% degli anziani assistiti nel 2015.

Gli ospiti classificati come "Soggetto con grave disturbo del comportamento" (inclusi gli ospiti inseriti nei Centri diurni dedicati demenze), rappresentano invece circa il 30% degli ospiti dei Centri diurni (Emilia-Romagna, 2016).

Il 91% degli inserimenti in struttura semi-residenziale ha carattere di continuità, il 6,5% degli inserimenti riguarda l'accoglienza di persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi, in parte in Centri diurni dedicati demenza mentre il rimanente 2,5% degli inserimenti è in accoglienza temporanea di sollievo.

La frequenza part-time degli ospiti è abbastanza circoscritta a livello regionale: solo il 29% degli utenti dei CD utilizzano questa opportunità.

Le motivazioni principali della richiesta d'ammissione in struttura sono due: la "perdita di autonomia (decorso degenerativo)" che interessa il 64% degli inserimenti e le motivazioni "sociali" che, congiuntamente considerate, riguardano il 35% degli inserimenti in centro diurno (insufficienza del supporto familiare, altra motivazione sociale, solitudine e alloggio non idoneo). Insieme giustificano il 99% delle richieste di inserimento. Residuale la "Stabilizzazione dello stato clinico (post-acuzie)" (1%).

I pazienti provengono in gran parte (91%) dalla propria abitazione mentre un 7% proviene da una struttura sociosanitaria o socio-assistenziale. Residuale la provenienza da strutture sanitarie (circa 2%) (Emilia-Romagna, 2016).

I dati forniti dalla sola Emilia-Romagna ci permettono di individuare le caratteristiche generali degli utenti dei Centri diurni e le tendenze in atto ma non ci permettono di definire un quadro nazionale delle condizioni degli ospiti dei Centri diurni in un panorama regionale, peraltro, molto diversificato.

3. I posti previsti

Il documento della Commissione nazionale LEA dal titolo “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” (2007) propone l’obiettivo di 1,50 posti ogni 1.000 anziani (pari a 20.293 posti) nei Centri diurni per anziani non autosufficienti ed altrettanti nei Centri diurni demenze. Si tratta di un obiettivo apparentemente contenuto (3 posti per 1.000 anziani pari a 40.586 posti) ma, stanti i bassi livelli attuali di offerta, esso comporterebbe un raddoppio circa dell’attuale offerta.

La maggior parte delle regioni ha fissato gli obiettivi quantitativi da raggiungere per i posti dei Centri diurni. Si tratta di 16 regioni che nel complesso prevedono di realizzare 1,6 posti delle diverse tipologie ogni 1.000 anziani. Di questi, 0,7 posti per 1.000 anziani sono dedicati a Centri diurni per demenze/ Alzheimer (cfr. Tab. 8) pari a 8.842 posti.

Tabella 8 – Gli obiettivi regionali in termini di posti nei Centri diurni per anziani

Regione	Denominazione	Utenza	Posti previsti per 1.000 anziani*
Abruzzo	Semiresidenze anziani	Anziani	0,8
	Semiresidenze demenze	Soggetti con demenza senile	0,8
Basilicata	Semiresidenzialità anziani	Anziani	1,4
	Semiresidenzialità demenze	Soggetti con demenza	1,0
Bolzano	Centro di assistenza diurna	Persone anziane che non sono in grado di rimanere da sole al proprio domicilio	2,4
Calabria	Semiresidenzialità anziani	Anziani non autosufficienti e parzialmente n.a.	0,7
	Semiresidenzialità demenze	Anziani con demenza	0,7
Campania	Centro diurno per anziani	Anziani non autosufficienti	1,8
	Centro diurno demenza	Persone con demenza	0,4
Lazio	Trattamenti semiresidenziali	Persone con disturbi cognitivo comportamentali gravi	0,6
		Persone non autosufficienti, anche anziane	0,6

segue

Regione	Denominazione	Utenza	Posti previsti per 1.000 anziani*
Liguria	Centro diurno di 2° livello	Anziani non autosufficienti con prevalente disturbo cognitivo	3,9
Marche	Centro diurno demenze	Anziani con disturbi cognitivi	1,1
	Centro diurno anziani	Anziani non autosufficienti e parzialmente non autosufficienti	1,5
Molise	Centro diurno integrato per anziani		0,8
	Centro diurno Alzheimer	Anziani per lo più affetti da demenze	0,4
Piemonte	CDAA-CDAI	Soggetti affetti da demenza	1,0
Puglia	Centri diurni	Anziani	2,4
Sicilia	Centri diurni Alzheimer	Anziani affetti da demenza	0,2
Toscana		Anziani con demenza ed altre malattie neurologiche invalidanti	1,6
Trento	Tutti i Centri diurni		3,2
Umbria	Centri diurni Alzheimer	Anziani con Alzheimer	3,0
Veneto	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti	2,3
Media comparata			1,6

Nota: *Le regioni hanno utilizzato parametri diversi per formulare la programmazione dei posti dei Centri diurni. Alcune regioni hanno previsto delle percentuali in base alla popolazione anziana, altre in base agli ultrasessantacinquenni, altre in base a tutta la popolazione, altre, infine, hanno previsto solo il numero dei posti da realizzare. Per permettere la comparazione, tutti i dati regionali sono stati trasformati in posti per 1.000 anziani, indicati nella colonna 4.

Fonte: delibere e leggi regionali.

Come al solito, le previsioni programmatiche delle regioni sono molto diversificate. Si passa da 0,2 posti per mille abitanti della Sicilia ai 3,9 della Liguria per le varie tipologie dei Centri diurni per anziani.

Si segnala infine, per la sua puntualità, la previsione della regione Marche che con la sua deliberazione sul fabbisogno (d.G.r. n. 1105/2017) ha individuato i posti autorizzabili, quelli accreditabili e quelli contrattualizzabili ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Regione Marche. I posti previsti per i Centri diurni.

Tipologia CD	Posti autorizzabili	Posti accreditabili	Posti contrattualizzabili
Centro diurno demenze	399	387	370
Centro diurno anziani	547	391	259
TOTALE	946	778	629

Fonte: regione Marche d.G.r. n. 1105/2017.

Nessuna regione ha adottato gli stessi obiettivi proposti dal documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007). Solo tre regioni hanno adottato una previsione pari o superiore a quella della Commissione LEA. Si tratta dell'Umbria (3 per mille), della Liguria (3,9 posti per mille anziani) e della provincia autonoma di Trento (3,2 per mille) ma nessuna li ha ripartiti equamente fra le due categorie previste (non autosufficienti ed Alzheimer) come proposto dalla Commissione nazionale. Tutte le altre regioni si sono attestate su valori complessivi sensibilmente più bassi perché spesso hanno preferito puntare su una sola delle due tipologie di pazienti.

Gli standard regionali di posti risultano dunque pari alla metà circa delle indicazioni nazionali. Si tratta probabilmente del primo caso in cui fra indicazioni nazionali e previsioni regionali si registra un simile scarto. Occorre ricercare le motivazioni dello scarso interesse delle regioni per i Centri diurni che hanno portato – con alcune lodevoli eccezioni – alla previsione di un numero molto basso di posti rispetto alle necessità del Paese. Probabilmente molte regioni – sbagliando – ritengono questa struttura non abbastanza efficace e gli obiettivi (sostegno alle famiglie e contrasto della istituzionalizzazione) che persegue non strategici all'interno del Servizio sanitario. È su questo che occorrerà lavorare in futuro.

4. I posti attivati

I dati sui Centri diurni per anziani sono scarsi ed incompleti. I dati raccolti, relativi ad annualità diverse, segnalano la presenza di 964 Centri diurni per anziani che gestiscono 18.685 posti che accolgono annualmente 28.010 anziani (cfr. Tab. 9). L'offerta di servizi, che è stata in costante ma lentissima crescita, negli ultimissimi anni ha vissuto una fase di sostanziale stabilità.

Tabella 9 – Centri diurni per anziani nelle regioni italiane

Regioni	Anno	Strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti per 1.000 anziani
Piemonte	2013	18	532	882 (2014)	120	0,51
Valle d'Aosta	2009	14	131	403	n.d.	4,54
Lombardia	2017	320	7.487	12.843 (2014)	113 (2013)	3,43
Bolzano	2016	14	292	291	n.d.	2,93
Trento	2014	23	327	653 (2013)	248 (2013)	2,94
Veneto	2013	91	1.586 (2014)	1.985 (2014)	125	1,49
Friuli V.G.	2013	33 (2014)	401	547	86	1,35
Liguria	2013	30	606 (2014)	814 (2014)	110	1,37
E. Romagna	2015	212	3.306	5.533	117	3,17
Toscana	2013	105	1.705 (2014)	1.776 (2014)	128	1,83
Umbria	2013	19	260	639 (2014)	99	1,23
Marche	2017	45	730	121 (2014)	148 (2013)	1,95
Lazio	2017	7	117	105 (2013)	122 (2013)	0,09
Abruzzo	2014	2	30	n.d.	n.d.	0,10
Molise	2014	1	15	n.d.	n.d.	0,25
Campania	2013	7	116	699 (2014)	124	0,12
Puglia	2013	25	696	543 (2014)	115	0,88
Calabria	2015	0	0	115 (2014)	n.d.	0,00
Basilicata	2017	1	20	2 (2014)	n.d.	0,16

segue

Regioni	Anno	Strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti per 1.000 anziani
Sicilia	2014	17	188	44 (2014)	28 (2013)	0,19
Sardegna	2016	6 (2014)	150	5	124	0,06
ITALIA		964	18.685	28.010	120	1,38

Nota: Non tutti posti censiti sono convenzionati.

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero Salute (2005, 2008, 2015, 2017), Ministero salute, Verifica adempimenti LEA, provincia di Bolzano (2004), regione Emilia-Romagna (2013), regione Toscana; Agenas (2009); regione Liguria d.C.r. n. 8/2008; Genova & Palazzo (2008). regione Calabria decreto comm. 76/2015, regione Lazio (2009); regione Marche d.G.r. n. 1105/2017, d.G.r. n. 289/2015, regione Friuli-V.G. (2015), Ghetti (2015); regione Valle d'Aosta (2008), Puglia d.G.r. n. 1534/2013; Trento d.G.p. n. 2226/2014; Lazio d.C.a. n. 467/2017.

I posti realizzati nei Centri diurni per anziani sono pari all'1,38 per mille anziani; un risultato più basso del 14% rispetto agli obiettivi complessivi regionali ma del 54% più basso degli obiettivi proposti dal documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007). Da rilevare che tutte le regioni del centro nord, ad eccezione di Piemonte e Lazio, hanno una quota di posti superiore all'1,0% degli anziani mentre tutte le regioni del sud hanno una quota di posti inferiore a tale parametro.

137 Centri diurni su 964 sono interamente dedicati ai malati di Alzheimer o con demenza. Si tratta di 2.524 posti, pari al 13,5% del totale (cfr. Tab. 10). Un dato assai modesto, pari a 0,19 posti per mille anziani, se si pensa alle straordinarie necessità assistenziali richieste dall'elevatissimo numero di anziani affetti da demenza/Alzheimer.

Dai dati risulta che le regioni Liguria e Umbria hanno una dotazione di posti dedicati ai malati di Alzheimer fra i più elevati in Italia rispetto alla popolazione anziana mentre nel complesso la loro dotazione di posti nei Centri diurni per anziani è sotto la media. Si tratta, evidentemente, di una scelta politica ben precisa di puntare ad un segmento assistenziale ben identificato.

Tabella 10 – Centri diurni per anziani affetti da demenza o Alzheimer

Regione	Centri diurni	Posti	Posti per 1.000 anziani
Liguria	8	336	0,76
Umbria	12	148	0,66
Marche	10	205	0,55
Puglia	14	395	0,45
Valle d'Aosta	1	12	0,41
Toscana	23	312	0,33

segue

Regione	Centri diurni	Posti	Posti per 1.000 anziani
Trento	2	38	0,33
Piemonte	18	304	0,28
Molise	1	15	0,20
Sicilia	15	188	0,18
Basilicata	1	20	0,16
Sardegna	2	55	0,15
Emilia-Romagna	9	150	0,14
Abruzzo	1	30	0,10
Lombardia	10	154	0,07
Campania	4 (stima)	70	0,07
Veneto	3	48	0,04
Lazio	2	36	0,03
Friuli-Venezia Giulia	1	8	0,02
Bolzano, Calabria	0	0	0,00
Totale	137	2.524	0,19

Fonte: <http://www.centridiurnialzheimer.it/>, regione Marche ORPS (2012), d.G.r. n. 289/2015; Lazio: <http://151.1.149.50/alzheimer/offerta-assistenziale/centri-diurni-alzheimer-anno-2012>; Marche d.G.r. n. 1105/2017, SPI CGIL (2013); Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Trento d.G.p. n. 2226/2014; Lazio d.C.A. n. 467/2017. Popolazione anziana ISTAT all'1 gennaio 2017.

Nel complesso, gli anziani assistiti annualmente sono 28.010 (0,21% degli anziani) il che significa che annualmente per ogni posto transitano mediamente 1,5 anziani ⁽¹⁾. Il dato è in parte confermato dalle giornate di frequenza media dei centri che è di 120 giornate annue per utente. Non ci sono invece dati sulle liste d'attesa ⁽²⁾, sul tasso di utilizzo dei centri ⁽³⁾, sul periodo di permanenza media degli anziani nei centri (per quanti mesi/anni?) e sul tipo di assistenza fruita dagli stessi dopo la dimissione dal centro; elementi questi utili sia per programmare i servizi sia per valutare l'efficacia dei Centri diurni.

⁽¹⁾ Anche una ricerca realizzata nella Regione Veneto ha rilevato il transito di 1,5 anziani per ogni posto. La presenza media è stata del 71% rispetto ai posti accreditati.

⁽²⁾ Gli unici dati disponibili sono relativi alla regione Lazio dove le liste d'attesa sono presenti nel 25% delle strutture (Lazio, 2009) e alla provincia di Bergamo dove le liste d'attesa sono presenti nel 48% delle strutture (sito web: SPI-CGIL).

⁽³⁾ L'unico dato disponibile è relativo al tasso di utilizzo dei Centri diurni dell'Emilia-Romagna che nel 2008 era del 73%.

I Centri diurni costituiscono un servizio utile per gli anziani non autosufficienti e per le loro famiglie anche se incidono poco nella realtà assistenziale italiana raggiungendo solo 2,1 anziani su mille. Un ritardo pesante se solo pensiamo alle indicazioni nazionali del 2007 che prevedevano esattamente il doppio dei posti (metà dei quali per i malati di Alzheimer), un risultato raggiunto solo dalla Valle d'Aosta, dalla Lombardia e dall'Emilia-Romagna, ma in nessun caso per i malati di Alzheimer.

Inoltre, tale forma di assistenza è caratterizzata da una distribuzione diseguale da regione a regione, con ampi territori, tutto il meridione, quasi completamente privi di tali strutture.

Assolutamente modesta, in tutto il territorio nazionale, la presenza di centri dedicati ai malati di Alzheimer che dispongono di un posto ogni 5.400 anziani. Questa sembra essere la criticità più grave soprattutto se la confrontiamo con la prevalenza della demenza che, considerata in tutte le sue forme, viene stimata intorno al 6,4% nella popolazione al di sopra dei 65 anni di età. Per dare un dato di sintesi, ogni posto nei Centri diurni Alzheimer deve fronteggiare 340 malati di demenza/Alzheimer.

Il confronto con i paesi europei chiarisce meglio di ogni altra cosa la situazione effettiva e lo straordinario sforzo che deve ancora fare l'Italia per l'assistenza semiresidenziale per gli anziani.

In Europa, la maggioranza dei paesi ha un numero di posti nei Centri diurni per anziani che supera l'1%. L'Italia è all'ultimo posto per offerta di servizi (cfr. Tab. 11), lontanissima anche dalla media dell'offerta di servizi semiresidenziali dei paesi europei. Colpiscono, in particolare i casi della Grecia e dell'Estonia. In Grecia, in particolare, le cure formali erano praticamente inesistenti fino ai primi anni ottanta. Dovendo fare una scelta su dove investire in un momento in cui la maggior parte delle nazioni europee stava riorientando gli investimenti verso l'assistenza residenziale tradizionale, la Grecia ha invece dato la priorità alle strutture semiresidenziali per la cura degli anziani. In Islanda, Danimarca, Finlandia e Portogallo, l'assistenza semiresidenziale è relativamente meno importante che in Grecia o in Estonia, ma è comunque considerevole, con tassi di copertura che superano il 2% o il 3% (European Commission, 2012).

Tabella 11 – L’offerta di servizi semiresidenziali per anziani in Europa

Nazione	Anno	Posti semiresidenziali per anziani. % sugli anziani
Grecia	2007	9,0
Estonia	2008	7,5
Finlandia	2008	3,4
Portogallo	2006	3,3
Islanda	2005	3,0
Danimarca	2008	2,4
Ungheria	2008	1,6
Macedonia	2009	1,0
Romania	2009	1,0
Spagna	2008	0,8
Svezia	2008	0,7
Polonia	2009	0,3
Slovenia	2009	0,2
Italia	2009-2017	0,1

Fonte: European Commission, 2012.

Grave è dunque il ritardo dell’Italia. Considerato il costante aumento degli anziani affetti da disabilità e da demenza, la carenza complessiva di posti sposta l’onere assistenziale sulle strutture residenziali o caricando pesantemente sulle spalle delle famiglie tutto il fardello dell’assistenza. Ma questo è esattamente quello che non si dovrebbe fare per evitare un uso inappropriato delle strutture residenziali sociosanitarie e per garantire la permanenza dell’anziano al proprio domicilio supportandone la famiglia. L’indicazione resta pertanto quella della Commissione nazionale LEA nel documento dal titolo “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” (2007) che propone l’obiettivo di 3 posti ogni 1.000 anziani (pari a 40.586 posti) da ripartire equamente fra anziani non autosufficienti e persone con demenza, da realizzare però in tempi brevi. Si tratta di un obiettivo contenuto rispetto alle necessità ed al quadro europeo ma almeno è realistico ed è supportato da indicazioni nazionali.

5. L'accesso ai Centri diurni

Il percorso di accesso integrato

Il percorso di accesso degli utenti va concertato tra ASL e comuni del rispettivo Ambito territoriale sociale attraverso una procedura che potremmo definire di "accesso integrato" (come, per esempio, è previsto che avvenga in Campania e in Liguria).

Per accesso integrato si intende una organizzazione funzionale di raccordo tra il Distretto sanitario e i Servizi sociali dei comuni o dell'Ambito sociale territoriale. Tale funzione integrata garantisce l'accoglienza della domanda, ma anche la valutazione unitaria del bisogno, la predisposizione del progetto personalizzato, la presa in carico dell'utente nel Centro diurno e la verifica periodica dell'andamento del progetto personalizzato.

La segnalazione/richiesta

Tutto comincia con la richiesta di ammissione in un Centro diurno che deve essere formulata dall'utente o da un suo familiare al Medico di Medicina Generale (MMG) (Campania, Piemonte) che poi la invia ai servizi sanitari distrettuali, o all'Ufficio dei Servizi sociali del comune di residenza della persona o all'Ambito sociale territoriale, secondo le diverse organizzazioni territoriali. In alcune regioni (Campania, Puglia) è previsto che la richiesta possa essere fatta anche all'ospedale in cui si è ricoverati in previsione della dimissione e che poi provveda quest'ultimo a trasmetterla ai servizi sanitari distrettuali.

In diverse regioni (Piemonte, Puglia, ecc.), la richiesta di assistenza, corredata dalla documentazione medica, deve essere consegnata al Punto unico di accesso (PUA) che, valutata la completezza della documentazione e la complessità del caso, attiva l'Unità valutativa multidimensionale (UVM).

L'iter ottimale dovrebbe prevedere un modello di segnalazione predisposto su apposito modulo o meglio ancora su supporto informatico che contenga almeno le informazioni anagrafiche dell'utente, le condizioni sanitarie

e le ragioni che ne suggeriscono l'accoglienza nel centro diurno. Al documento vanno allegate le certificazioni mediche disponibili del MMG o del medico specialista che devono comunque indicare la diagnosi clinica e le terapie al momento praticate.

La valutazione dell'UVM

Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA ha affermato con forza che i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali semiresidenziali sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale. "Il Servizio sanitario nazionale, garantisce", dunque, "l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza".

L'accesso ai Centri diurni, in tutte le regioni, avviene pertanto previa valutazione dell'Unità valutativa multidimensionale-UVM (Basilicata, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Trento, Veneto, Valle d'Aosta).

La valutazione multidimensionale, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso, è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto sociosanitario personalizzato e della presa in carico integrata dell'anziano. Essa va effettuata da un team multi-professionale, l'Unità di Valutazione multidimensionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sia sanitari che sociali di natura complessa.

Le funzioni dell'Unità valutativa sono le seguenti:

- individua, attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;
- predispone il Progetto assistenziale individualizzato (PAI);
- monitora la realizzazione e l'andamento dei PAI.

L'Unità valutativa può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, laddove previsto dalle regioni (Piemonte) – in presenza di patologie dementigene e/o di esiti invalidanti di patologie cerebrali o di gravi traumi.

La valutazione va realizzata, entro un termine massimo dalla data della richiesta di accesso, fatte salve le procedure per l'accesso di urgenza e le dimissioni protette. In Campania e Puglia, per esempio, la valutazione deve essere fatta entro 20 giorni mentre in Molise entro 30 giorni.

L'accesso al Centro diurno integrato deve essere subordinato ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti requisiti o condizioni di eleggibilità generali:

- a) *ridotta autosufficienza temporanea o protratta*: la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite scale di valutazione;
- b) *necessità di assistenza esclusivamente primaria*: l'assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione della ospedalizzazione domiciliare;
- c) *complessità assistenziale del paziente*: presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multi-professionale;
- d) *la disponibilità, al proprio domicilio, di un'assistenza informale adeguata* per il periodo notturno.

Per quel che riguarda l'ammissione di persone nei Centri diurni Alzheimer, alcune regioni (Liguria, Toscana, ecc.), in relazione alle patologie con prognosi e indicazioni terapeutiche, richiedono che gli ospiti siano valutati dall'Unità di valutazione Alzheimer (UVA) o, laddove costituiti, dal CDCD (Centro per i disturbi cognitivi e le demenze) in accordo con l'Unità di valutazione multi-disciplinare (UVM). Questo è, ovviamente, il percorso più appropriato.

In caso di non eleggibilità del caso per il centro diurno, l'Unità valutativa motiva il diniego.

Lo strumento di valutazione

Tutte le regioni hanno stabilito che la valutazione delle persone da ammettere nei Centri diurni va effettuata con l'ausilio di apposite scale di valutazione ma solo 8 regioni le hanno indicate (cfr. Tab. 12).

Tabella 12 – Gli strumenti di valutazione usati per l'accesso nei Centri diurni

Strumento di valutazione	Regioni
S.V.A.M.A.	Campania, Veneto
Aged Plus	Liguria
Cartella geriatrica, Scheda informativa sanitaria	Piemonte
Val.Graf	Friuli-Venezia Giulia
SVM	Trento
RUG + Inter Rai Long Term Care Facility LTCF	Lazio
Centri diurni Alzheimer	
MMSE – Mini mental state examination NPI – Neuropsychiatric inventory	Emilia-Romagna
NPI – Neuropsychiatric inventory SVM – Scala di valutazione multidimensionale	Provincia autonoma di Trento

Fonte: Bibliografia

In Piemonte, lo strumento adottato per la valutazione è la Cartella geriatrica, (d.d. 381 del 30 giugno 2016) contenente:

- a) le Scale sanitarie di valutazione multi dimensionale (Indice di Barthel, IADL, A.Di.Co, DMI, SPMSQ) attraverso le quali si quantifica il grado di salute ed autosufficienza del soggetto, fino ad un punteggio massimo pari a 14;
- b) la Scheda di valutazione sociale attraverso la quale si analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale e assistenziale dell'anziano anche in relazione alla sua famiglia, fino ad un punteggio massimo pari a 14.

La persona viene riconosciuta “non autosufficiente” con una valutazione sanitaria, data dalle scale ADL (funzione +mobilità), IADL, A.Di.Co., DMI, SPMSQ, pari a 5 o superiore.

L'attribuzione ai Centri diurni si basa sui punteggi acquisiti dai pazienti nella somministrazione dei seguenti 5 strumenti di valutazione: A.D.L. di Barthel (index of independence in activities of daily living), I.A.D.L. di Lawton, S.P.M.S.Q. di Pfeiffer (Short portable mental status questionnaire), A.Di.Co. (Area Disturbi comportamentali) e D.M.I. (Indice medico di non autosufficienza). Alla fine della valutazione di ogni scheda la sintesi viene fornita da un punteggio finale (cfr. Tab. 13), così da determinare, sommando i vari risultati, sei diversi livelli di bisogno assistenziale pensati però per l'assistenza residenziale.

Tabella 13 – Regione Piemonte. Punteggi per la classificazione dei pazienti

Scala	Valutazione	Punteggio per classificazione dei pazienti
ADL	<i>Barthel situazione funzionale</i>	
	Autonomo o quasi (0-14)	0
	Parzialmente dipendente (15-49)	2
	Totalmente dipendente	3
	<i>Barthel mobilità</i>	
	Si sposta da solo (0-14)	0
	Si sposta assistito (15-29)	2
	Non si sposta da solo (30-40)	3
IADL	Autonomo (10-14)	0
	Parzialmente autonomo (5-9)	1
	Non autonomo (0-4)	2
SPMSQ	Deterioramento assente-lieve (0-1-2-3-4)	0
	Deterioramento moderato (5-6-7)	1
	Deterioramento grave (8-9-10)	2
A.Di.Co.	A	0
	Qualsiasi B	1
	Qualsiasi C	2
DMI	Non dipendente	0
	Parzialmente dipendente	1
	Dipendente per motivi sanitari	2

Nella regione Friuli-Venezia Giulia, le persone che accedono ai servizi semiresidenziali per anziani vengono classificati in cinque diversi profili di bisogno (profilo A; profilo B; profilo B comportamentale; profilo C e profilo E) correlati all'omogeneo assorbimento di risorse sanitarie e assistenziali, non sempre direttamente proporzionali alla gravità clinica o alla compromissione funzionale. I profili sono generati dal sistema di valutazione multidimensionale approvato dalla regione (Val.Graf).

PROFILO A

Il profilo A comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari a elevata rilevanza associati a bisogni sociosanitari complessi. In particolare trovano collocazione all'interno di questo profilo persone che necessitano di monitoraggi clinici quotidiani e trattamenti continui, qualificati, specialistici e presentano spesso una severa limitazione della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL).

PROFILO B

Il profilo B comprende persone che presentano per lo più bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a elevati bisogni sociosanitari. Nello specifico, trovano collocazione all'interno di questo profilo persone che hanno bisogno di aiuto per una limitazione moderato-grave della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL) e che necessitano di monitoraggi infermieristici specialistici di frequenza variabile ma non quotidiana e di trattamenti di tipo estensivo.

PROFILO B COMPORTAMENTALE

Il profilo B comportamentale comprende persone che presentano elevati bisogni sociosanitari, associati o meno a bisogni sanitari di complessità media o bassa, correlati a rilevanti disturbi del comportamento che complicano malattie mentali o quadri di deterioramento cognitivo moderato-grave su base dementigena.

PROFILO C

Il profilo C comprende persone – a rischio di precipitazioni funzionali – richiedenti una presa in carico tempestiva, che presentano bisogni sociosanitari di medio-bassa complessità, bisogni clinico-sanitari di solito lievi e bisogni sanitari infermieristici di grado diverso, con ampia variabilità interindividuale. Nello specifico, trovano per lo più collocazione nel profilo C persone che hanno bisogno di aiuto per una limitazione moderata della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL) e necessitano di monitoraggi clinici a cadenza almeno mensile e di trattamenti terapeutici di tipo estensivo (anche riabilitativo), finalizzati al recupero o al mantenimento delle capacità residue, nonché a limitare l'evoluzione e prevenire lo scompenso delle patologie a decorso cronico di cui sono affette.

PROFILO E

Il profilo E comprende persone che presentano bisogni sociosanitari di grado lieve e solitamente limitati nel tempo, nonché bisogni sanitari per lo più lievi od occasionali. Nello specifico, trovano collocazione nel profilo E persone che possono avere bisogno di aiuto per una limitazione minima della capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (ADL) e che necessitano di monitoraggi clinici occasionali, nonché di interventi assistenziali di stimolo e di "protezione", finalizzati principalmente al mantenimento delle capacità funzionali residue.

In Friuli-Venezia Giulia, il Centro diurno per autosufficienti accoglie solo anziani con profilo di bisogno E. Il Centro diurno per non autosufficienti accoglie persone con profilo di bisogno A, B, B comportamentale, C ed E.

In generale si registra una sottovalutazione regionale della fase valutativa anche se i percorsi sono corretti, dato che tutte le regioni prevedono una valutazione multidimensionale per l'accesso al servizio. Nel merito però solo una minoranza delle regioni identifica gli strumenti per la valutazione e per di più questi sono diversissimi da una regione all'altra prefigurando una differenza di trattamento degli anziani non autosufficienti da una regione all'altra a parità di condizioni. Migliore è la situazione, almeno potenzialmente, della fase della valutazione degli utenti dei Centri diurni Alzheimer ma solo perché il Piano nazionale demenze ha previsto la realizzazione dei Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD) a cui spetta il compito di valutare tutti i malati e quindi anche quelli che possono fruire dell'accesso nei Centri diurni.

Il Piano assistenziale individualizzato (PAI)

Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 che ha approvato i nuovi LEA ha stabilito che "il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia".

Pertanto, seppur con qualche variazione, in tutte le regioni il PAI si configura come lo strumento che definisce l'intervento assistenziale da garantire tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito, del suo ambito familiare, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

Secondo gli specialisti il PAI dovrebbe essere predisposto dal Centro diurno che ospita l'anziano sulla base degli indirizzi dell'Unità valutativa multidimensionale. La gran parte delle regioni italiane si sono orientate in modo diverso. Infatti, in Basilicata, Lazio, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Trento, Veneto e Valle d'Aosta, l'unità valutativa provvede alla elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

Un gruppo meno ampio di regioni però si è orientato in modo diverso affidando al Centro diurno il compito di definire il PAI sulla base degli indirizzi dell'UVM o di aggiornare il PAI in accordo con l'UVM. Si tratta delle regioni Emilia-Romagna, Campania, Liguria e Toscana.

L'Emilia-Romagna affida il compito di definire il PAI ai Centri diurni Alzheimer dopo un periodo di osservazione di almeno due settimane. La

definizione di un piano personalizzato deve partire da un'attenta e precisa verifica delle informazioni e delle conoscenze acquisite indirettamente (famiglia, UVM, ecc.). La predisposizione del PAI richiede un'osservazione approfondita e diretta di molteplici aspetti: autonomie fisiche, aspetti cognitivi, capacità relazionali, affettività, interessi personali, aspetti caratteriali. Ciascun centro dovrebbe prevedere un periodo di osservazione non inferiore alle due settimane, in cui ogni figura professionale incentra la propria attenzione sull'ambito di sua competenza. L'osservazione va sistematizzata attraverso l'ausilio di strumenti operativi come le schede di valutazione (Regione Emilia-Romagna, 2006).

La definizione del Piano deve coinvolgere l'intera équipe e deve articolarsi nei seguenti momenti:

- compilazione dei test;
- predisposizione del PAI e delle attività da parte degli operatori;
- discussione e verifica in équipe delle indicazioni emerse e stesura definitiva del Piano.

Esso deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari;
- la tipologia, modalità ed il livello di intensità dell'intervento;
- la sua durata.

Il familiare che assiste l'anziano deve essere, fin dall'inizio, coinvolto nell'elaborazione del piano assistenziale. È del tutto evidente l'importanza di considerare la famiglia come oggetto di supporto e di informazione affinché possa conservare un ruolo terapeutico ed assistenziale e possa essere salvaguardata la qualità della vita della famiglia accanto a quella dell'ammalato (Regione Emilia-Romagna, 2006).

La regione Campania risolve il problema aggiungendo all'interno del piano personalizzato anche il piano esecutivo, che deve essere concordato con il Centro diurno individuato per l'accoglienza dell'utente. Il piano esecutivo deve prevedere:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- disponibilità e quantità di presidi e materiali vari;
- durata complessiva del piano;
- strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex post, con particolare attenzione:

- alla valutazione periodica dei risultati;
- alla congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;
- alla verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo (Campania d.G.r. n. 2006/2004).

Nella regione Liguria l'Unità valutativa multidimensionale provvede alla definizione degli indirizzi riabilitativi e/o terapeutico-assistenziali che concorrono alla realizzazione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA) che viene affidata al Centro diurno.

Anche nei Centri diurni Alzheimer (CDA) della Toscana il Piano assistenziale personalizzato (PAP) dovrà essere compilato dall'Unità valutativa, condiviso con la famiglia e poi perfezionato dai professionisti del Centro diurno Alzheimer. Saranno riportati i problemi (fisici, funzionali, psicoaffettivi, sociali) evidenziati dalla valutazione multidimensionale, gli obiettivi dell'assistenza (con particolare riferimento ai disturbi del comportamento e allo stato funzionale) le strategie da mettere in atto per perseguire gli obiettivi, le verifiche periodiche del piano, per valutare i risultati raggiunti ed aggiornare obiettivi e strategie, in accordo con gli operatori del CDA.

La soluzione migliore è quella di questo secondo gruppo di regioni che ha assegnato all'Unità valutativa il compito di definire il PAI o gli indirizzi terapeutico-riabilitativi e assistenziali per la redazione del Piano personalizzato ma affidando poi al Centro diurno – questo aspetto è più frequente nei Centri diurni Alzheimer – il compito della definizione puntuale del PAI o il suo aggiornamento, dopo un periodo di osservazione dell'utente, in accordo con l'unità valutativa.

L'individuazione della struttura e l'inserimento dell'ospite

Spetta all'Unità valutativa individuare il Centro diurno in cui inviare l'assistito. L'accoglienza in struttura dell'utente deve essere curata con particolare attenzione. Dovrebbe essere previsto un Protocollo di accoglienza dell'ospite. Prima dell'accoglienza dell'anziano in struttura è necessaria almeno una visita domiciliare ed un rapporto con i familiari. Inoltre, al momento dell'ingresso occorre individuare un case manager, il quale accoglie l'anziano ed il suo familiare e, se del caso, prevede un inserimento graduale dello stesso anche con la compresenza del caregiver nei primi giorni (Emilia-

Romagna, Toscana). Tale modalità ha lo scopo di facilitare la conoscenza ed il contatto con gli altri anziani e gli operatori.

Le prime due settimane dovrebbero essere dedicate all'osservazione diretta dell'anziano, allo scopo di individuare le caratteristiche dell'anziano stesso, nonché delle sue capacità funzionali e cognitive per poter aggiornare il Piano assistenziale personalizzato (PAI) che tenga conto di tali caratteristiche.

La regione Campania ha prestato particolare attenzione alle procedure dell'accoglienza precisando che l'Unità valutativa in raccordo con le unità operative competenti e in accordo con l'assistito, individua la struttura di destinazione, comunica l'eventuale lista di attesa e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione. Poi l'Unità valutativa contatta il Direttore responsabile del Centro diurno prescelto, comunica allo stesso, al MMG dell'utente ed al comune di residenza, modalità e data di ricovero e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione. Al momento dell'ammissione, insieme ai primi dati della cartella clinica l'Unità valutativa fornisce il progetto sociosanitario personalizzato e definisce, in raccordo con la struttura, il piano esecutivo del progetto. La struttura che esegue il ricovero dà comunicazione entro 24 ore al MMG del cittadino, al comune di residenza, al distretto sanitario di residenza dell'utente dell'avvenuta ammissione e, se diverso, anche al distretto in cui insiste la struttura. L'équipe operativa della struttura, sempre secondo la regione Campania, nell'ambito degli obiettivi definiti dal progetto sociosanitario personalizzato e del piano esecutivo, entro i primi 15 giorni dall'inserimento, di concerto con il MMG, segnala all'Unità valutativa eventuali problematiche insorte nel corso di questo primo periodo per eventuali revisioni del piano esecutivo stesso.

Il case manager

Alcune regioni (p.e. Campania), molto opportunamente, hanno previsto l'individuazione del case manager. L'operatore incaricato accoglie l'anziano al Centro diurno e segue la realizzazione del progetto personalizzato, di cui è il garante. Egli rappresenta anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito e la sua famiglia e per gli operatori dell'équipe operativa multiprofessionale della struttura. È quindi una figura di raccordo per l'équipe operativa, che garantisce l'integrazione, tiene le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata (senza cioè sovrapposizioni, intralci recipro-

ci e/o vuoti di assistenza), efficace ed efficiente, e verifica costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate e il conseguimento del livello di qualità prefissato. Cura il rapporto con l'utente e la sua famiglia, fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale (caratteristiche, andamento ed eventuali riscontri), che deve essere pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e raccogliere tutte le indicazioni utili o le richieste di aiuto e di supporto.

Verifica del PAI

Il Piano assistenziale individualizzato viene rivalutato semestralmente dalla struttura ospitante, o con tempi inferiori nel caso di significativi mutamenti delle condizioni psicofisiche della persona assistita tali da comportare una variazione del livello di trattamento assistenziale (Campania, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Piemonte). I PAI devono essere verificati periodicamente allo scopo di sincronizzare le attività del piano stesso alle modifiche delle condizioni psicofisiche dell'utente. La persona affetta da demenza, per esempio, presenta una progressiva perdita delle abilità funzionali, che coinvolge inizialmente le funzioni più complesse che richiedono l'utilizzo di strumenti (quali cucinare, gestire la casa, utilizzare il telefono guidare l'automobile, maneggiare il denaro) e successivamente le funzioni più semplici, relative alla gestione della persona (quali alimentarsi, vestirsi, lavarsi, deambulare).

Tale rivalutazione è soggetta ad obbligo di validazione da parte dell'Unità valutativa nel caso di cambiamenti significativi del livello di autonomia e di salute dell'assistito e del livello di assistenza. Tutte le modifiche del PAI o del piano esecutivo condotto all'interno del CD vanno comunicate all'Unità valutativa, al paziente e ai suoi familiari.

Il PAI e il relativo piano esecutivo laddove presente sono anche soggetti a verifica periodica da parte dell'Unità valutativa secondo i tempi e le modalità previste dalla stessa.

6. Gli standard di personale

Il documento della commissione nazionale LEA sulle “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” del 2007 ha proposto gli standard assistenziali minimi del Centro diurno per anziani non autosufficienti e del Centro diurno per anziani con demenza introducendo un concetto nuovo negli standard, quello dell’assistenza globale. In sostanza la commissione nazionale LEA ha proposto un minutaggio assistenziale minimo giornaliero per ospite da garantire con figure professionali (OSS, animazione, infermiere, psicologo) il cui mix non è stato definito e l’ha chiamato “assistenza globale”. Le regioni, nella loro autonomia, potranno o meno definire nel dettaglio questo mix professionale. Le due tipologie di CD sono abbastanza diverse per cui la commissione nazionale LEA ha previsto due diversi standard assistenziali minimi: più di 50 minuti di assistenza globale giornaliera per ospite nei Centri diurni per anziani non autosufficienti e più di 80 minuti nei Centri diurni per anziani con demenza (cfr. Tab. 14).

Tabella 14 – Standard assistenziali nazionali dei Centri diurni per anziani non autosufficienti

Codici di attività	Tipologia	Standard assistenziali
SR	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Staff: infermiere, OSS, animazione Assistenza globale > 50 min
SRD	Centro diurno per anziani con demenza	Staff: infermiere, OSS, psicologo Assistenza globale > 80 min

Nota: L’assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per ospite.

Fonte: Documento commissione nazionale LEA “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” (2007).

Le regioni italiane hanno dato applicazione agli standard proposti rispettando le indicazioni con una sola eccezione ma con una varietà straordinaria. Occorre valutare gli standard assistenziali proposti dalle singole regioni distinguendo puntualmente le due tipologie di Centro diurno, viste le diverse caratteristiche assistenziali delle due tipologie e per permettere una comparazione fra strutture omogenee o assimilabili. Le comparazioni prin-

cipali vengono realizzate utilizzando il parametro dell'“assistenza globale”. Giova a questo proposito precisare che per assistenza globale si intende il lavoro di infermieri, OSS, OTA, animatori, terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali e psicologi ⁽¹⁾. Non sono invece considerati il coordinatore del centro, il medico, l'amministrativo e il personale per i servizi generali.

6.1. Gli standard assistenziali regionali dei Centri diurni per anziani non autosufficienti

Gli standard assistenziali dei Centri diurni per anziani non autosufficienti sono straordinariamente diversi fra una regione e l'altra (cfr. Tab. 16). La media di assistenza globale delle regioni italiane è di 84 minuti al giorno di assistenza per ospite. Tutte le regioni meno l'Abruzzo rispettano, superandolo, lo standard proposto dalla commissione nazionale LEA. Le differenze fra le regioni italiane sono molto ampie; al livello più basso si trova la regione Abruzzo con 40 minuti giornalieri per ospite di assistenza globale mentre al livello più alto si trovano la Toscana (media intensità) e la Campania che garantiscono 133 minuti di assistenza globale. Lo standard più elevato è addirittura oltre 3 volte quello più basso. La distribuzione regionale dei diversi standard è eccessiva e non trova giustificazioni; per trovare il range assistenziale che raggruppi la maggioranza delle regioni è stato necessario arrivare alla forbice 55-107 minuti di assistenza globale.

Per quel che riguarda le singole professioni si rileva che la gran parte dell'assistenza viene fornita da un gruppo di figure che comprende OSS, OTA ed altri addetti all'assistenza tutelare.

L'infermiere in media garantisce 8 minuti di assistenza giornaliera per ospite ma c'è chi come il Piemonte prevede un solo minuto giornaliero di assistenza e il Veneto e la Toscana che invece ne prevedono 20. Le regioni che hanno previsto esplicitamente l'animatore sono poche e prevedono mediamente 13 minuti giornalieri per ospite (lo standard minimo è della Toscana con 5 minuti pro capite e quello massimo è della Campania con 21 minuti al giorno per ospite). Solo tre regioni hanno previsto il terapeuta della riabilitazione (Toscana con 5 minuti al giorno, Lombardia con 7 minuti al giorno

⁽¹⁾ Gli psicologi sono stati inseriti nel gruppo di operatori di assistenza globale anche perché questo viene fatto dalla Commissione nazionale LEA per i soli Centri diurni per anziani con demenza (vedi Tab. 7).

e Campania con 21 minuti al giorno) mentre la sola Campania ha previsto il terapeuta occupazionale (21 minuti al giorno per ospite). Infine la regione Campania ha previsto un'attività dello psicologo di 7 minuti al giorno per ospite (cfr. Tab. 15).

Tabella 15 – Gli standard di personale dei CD per anziani non autosufficienti

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Abruzzo	2008	SR anziani	Assistenza globale: > 40 min (infern., OSS, animazione)	> 40 minuti
Molise	2017	CD anziani	Staff infermiere, OSS, animazione. Assistenza globale > 50 minuti	> 50 minuti
Marche	2014	SR anziani non autosufficienti	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione) almeno 50 min/paz. inteso come media	almeno 50 minuti
Basilicata	2017	SR anziani	Assistenza globale > 50 minuti (Infermiere, OSS, animazione)	> 50 minuti
Lombardia	2002	Centri diurni integrati	Responsabile: 1 per CDI; Medico: 6 ore settimanali; Terapista della riabilitazione: 34 min sett/ospite; infermiere: 34 min sett/ospite; animatore/educatore: 28 min sett/ospite; ASA-OTA: 168 min sett/ospite	53 minuti
Friuli-V.G.	2015	CD anziani per non autosufficienti	1 responsabile; Animazione: almeno 18 ore/settimanali; Addetti all'assistenza di base: almeno 1 ogni 10 utenti ovvero 25,6 minuti/die/utente; Infermiere: almeno 3 ore sett. fino a 14 utenti e 4 ore sett. per 15 o più utenti	55 minuti
Emilia-Romagna	2009	base	Coordinatore, OSS, animatore: parametro OSS 1 ogni 8; OSS 100%, durante le ore di attività assistenziali, socio-riabilitative e di animazione.	75 minuti + animatore
Piemonte	2012	CD anziani (CDI, CDIA)	Per 20 utenti: 22 min coordinamento e ass. infermier.; 54 min assistenza tutelare. (organico minimo: 1 coordinatore (anche PT), almeno 2 addetti alla persona FTE, 1 infermiere PT, 1 animatore PT).	76 minuti
Liguria	2017	CD anziani 1° livello	1 coordinatore compreso nel minutaggio assistenziale; Infermiere: 3'/die/ospite; OSS: 650'/die/ospite; animatore: 15'/die. Totale: 78'/die/ospite.	78 minuti

segue

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Trento	2015	Centri diurni esterni e integrati	1 operatore <i>assistenziale/animazione</i> ogni 4 posti convenzionati; 1 <i>coordinatore</i> ogni 36 posti convenzionati (50 minuti settimanali a posto convenzionato). Almeno 80 minuti al giorno di operatore <i>assistenziale/animazione</i> . (CD Esterno: sempre due operatori presenti)	almeno 80 minuti
		Servizi di presa incarico diurna continuativa	1 operatore <i>assistenziale/animazione</i> ogni 4 posti convenzionati. Almeno 80 minuti al giorno di operatore <i>assistenziale/animazione</i> .	almeno 80 minuti
Bolzano	2011	Centro ass. diurna	Almeno 1 assistente ogni 4 utenti; assistenza infermieristica nella misura necessaria	almeno 90 minuti+ inf.
Sardegna	2010	CD integrato	50% del personale previsto per la RSA	107 minuti
Veneto	2007		1 OSS ogni 4 ospiti; 0,75 infermieri ogni 30 ospiti	115 minuti
Toscana	2018	Struttura semiresidenziale: media intensità	Monte orario annuale per 40 ospiti: assistenza infermieristica 3.922 ore; assistenza riabilitativa 980; assistenza di base e alla persona: 19.608; animazione socio-educativa: 980.	133 minuti
Campania	2013	CD anziani	Infermiere: 54 min sett/ospite; fisioterapisti: 108 min sett/ospite; terapista occupazionale: 108 min sett/ospite; animatore di comunità: 108 min sett/ospite; psicologo: 36 min sett/ospite; assistente sociale: 36 min sett/ospite; OSA: 108 min sett/ospite; OSS: 108 min sett/ospite; amministrativo: 36 min sett/ospite	133 minuti
Media				84 minuti

Note:* la colonna "assistenza globale" trasforma i vari standard assistenziali regionali in minuti di assistenza giornalieri pro capite per permettere una comparazione fra i vari standard. Quando non indicato, per il calcolo abbiamo utilizzato gli orari di apertura dei Centri diurni indicati nella normativa delle singole regioni. Non sono stati considerati il coordinatore, il medico, l'amministrativo e il personale per i servizi generali.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Basilicata d.C.r. 317/2012; Campania d. n. 43/2013; Emilia-Romagna d.G.r. n. 2110/2009; F-V.G. d.G.r. n. 2326/2010; Lazio d. 105/2013; Liguria: d.G.r. n. 1773/2013, d.G.r. n. 1188/2017; Marche d.G.r. n. 1011/2013; Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Sardegna d.G.r. n. 47-42/2010; Toscana n. d.P.G.r. n. 2/R-2018; Valle d'Aosta d.G.r. n. 3745/2007; Veneto d.G.r. n. 84/2007.

6.2. Gli standard assistenziali regionali dei Centri diurni per anziani con demenza/Alzheimer

Anche in questo caso gli standard assistenziali dei Centri diurni per anziani con demenza/Alzheimer sono molto diversi fra una regione e l'altra (cfr. Tab. 16) ma l'intensità delle differenze è minore rispetto ai centri per anziani non autosufficienti. La media delle regioni italiane è di 111 minuti al giorno di assistenza globale per ospite. Si tratta di una media elevata se si pensa che è rapportabile allo standard assistenziale di diverse residenze protette per anziani (che erogano una assistenza 24 ore su 24. Tutte le regioni meno l'Abruzzo e la Basilicata rispettano, superandolo, lo standard proposto dalla commissione nazionale LEA. Le differenze fra le regioni italiane sono notevoli; al livello più basso si trova la regione Basilicata con 50 minuti giornalieri per ospite di assistenza globale mentre al livello più alto si trova la Campania che garantisce 154 minuti di assistenza globale. Lo standard più elevato è addirittura 3 volte quello più basso. La distribuzione regionale dei diversi standard è eccessiva; per trovare il range assistenziale che raggruppi la maggioranza delle regioni è stato necessario arrivare alla forbice 90-127 minuti di assistenza globale.

Per quel che riguarda le singole professioni si rileva che la gran parte dell'assistenza viene fornita da un gruppo di figure che comprende OSS, OTA ed altri addetti all'assistenza tutelare. L'infermiere in media garantisce 11 minuti di assistenza giornaliera per ospite ma c'è chi come il Lazio e la Liguria prevedono 3 minuti giornalieri di assistenza e il Piemonte che invece ne prevede 28. Diverse regioni hanno previsto un'attività educativa e di animazione di volta in volta fatta eseguire da figure diverse (animatori, educatori professionali, laureati in scienze motorie, terapisti occupazionali, ecc.) il cui tempo medio di attività giornaliero per ospite è di 28 minuti (lo standard minimo è della Toscana con 6 minuti pro capite e quello massimo è della Puglia con 58 minuti al giorno per ospite). Quattro regioni hanno previsto il terapeuta della riabilitazione (Toscana con 6 minuti al giorno, Puglia con 14 minuti al giorno, Campania con 21 minuti al giorno e Sicilia con 36 minuti). Diverse regioni hanno infine previsto la presenza dello psicologo. Lo standard medio per ospite è di 6 minuti al giorno di assistenza (il minimo in Piemonte con 2 minuti e il massimo in Liguria con 15 minuti) (cfr. Tab. 16).

Come abbiamo visto, gli standard assistenziali dei Centri diurni Alzheimer sono, mediamente, del 32% più elevati di quelli dei Centri diurni per anziani non autosufficienti. Questa significativa differenza è determinata so-

prattutto da una maggior presenza di personale educativo e di animazione (+ 15 minuti circa per ospite), dello psicologo (+ 6 minuti circa per ospite) e degli OSS/OTA (+ 5 minuti circa per ospite). Queste differenze organizzative fra l'una e l'altra tipologia sono molto elevate e, nella loro dimensione, non appaiono del tutto giustificate.

Tabella 16 – Gli standard di personale dei CD Alzheimer

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Basilicata	2017	SR2D demenze SR2D Alzheimer	Infermiere, OSS, riabilitazione, animazione, assistenza globale > 50 minuti	> 50 minuti
Abruzzo	2008	SR demenze	Assistenza globale: > 60 min (infermiere, OSS, psicologo)	> 60 minuti
Lazio	2013	CD disturbi cognitivi gravi	Assistenza globale (infermiere, OSS, animatore, ter. occup.): > 80 minuti/die persona + Medico specialista per almeno 4 ore settimanali. Di cui infermiere coordinatore almeno 18 ore sett/20 posti; OTA/OSS: 1 ogni 3 posti; Educatore prof./ter. occup: 18 ore sett/15-20 posti; Infermiere: min. 4 ore sett/15-20 posti; Fisioterapista: presenza programmata	> 80 minuti
Friuli Venezia Giulia	2018	CD demenze	Assistenza globale > 80 minuti	> 80 minuti
Molise	2017	CD demenze	Staff infermiere, OSS, psicologo, terapia cognitiva e orientamento. assistenza globale > 80 minuti	> 80 minuti
Marche	2014	SR Alzheimer	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione, terapeuta occupazionale, educatore, psicologo): 90 min/die/paziente atteso come media	90 minuti
Piemonte	2012	CD Alzheimer (CDAA, CDAl)	3 min medico responsabile; 2 min psicologo; 28 min ass. infermieristica – riabilitazione/mantenimento psico-fisico; 82 min assistenza tutelare	112 minuti
Liguria	2017	CD Alzheimer	1 coordinatore previsto nel minutaggio assistenziale; Infermiere: 3'/die/ospite; OSS: 50'/die/ospite; Ter. occup./educatore/animatore/musicoterapeuta: 45'/die/ospite; psicologo: 15'/die/ospite. Totale: 113/die/ospite. + direttore sanitario 3'/die/ospite	113 minuti

segue

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Trento	2015	Centri diurni Alzheimer	1 operatore <i>assistenziale/animazione</i> ogni 3 posti convenzionati; 1 <i>coordinatore</i> ogni 25 posti convenzionati (72 minuti settimanali a posto convenzionato); 1 <i>psicologo</i> (5 ore settimanali ogni 15 posti convenzionati). Almeno 110 minuti al giorno di operatore <i>assistenziale/animazione</i> e 20 minuti di assistenza psicologica alla settimana	114 minuti
		Servizi di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza con gravi disturbi	1 operatore <i>assistenziale/animazione</i> ogni 3 posti convenzionati; disponibilità al bisogno dell'apporto dell' <i>infermiere</i> RSA. Almeno 110 minuti al giorno di operatore <i>assistenziale/animazione</i> , 20 minuti di assistenza psicologica alla settimana e la presenza di personale infermieristico al bisogno.	114 minuti
Emilia-Romagna	2009	Disturbi cognitivi	Coordinatore, OSS, animatore: parametro OSS 1 ogni 5; OSS 100%, durante le ore di attività assistenziali, socio-riabilitative e di animazione.	120 minuti + animatore
Liguria	2017	CD 2° Livello con gravi patologie psico-involutive con prevalente disturbo cognitivo	1 coordinatore compreso nel minutaggio assistenziale; Psicologo: 4'/die/ospite; Infermiere: 3'/die/ospite, OSS: 90'/die/ospite; Educatore profess./Animatore/Terap. occup.: 30'/die/ospite. Totale: 127'/die/ospite	127 minuti
Toscana	2018	Struttura semiresidenziale: alta intensità	Monte orario annuale per 40 ospiti: assistenza infermieristica 4.314; assistenza riabilitativa 1.078; assistenza di base e alla persona: 20.490; animazione socio-educativa: 1.078; attività occupazionali e/o formative: 780	144 minuti
Puglia	2010	CD Alzheimer	Per 30 posti: coordinatore: 0,33; psicologo: 0,50; tecnico della riabilitazione: 1; infermiere professionale: 0,33; educatore professionale: 4; OSS: 4.	148 minuti
Sicilia	2017	CD demenze	Per 20 posti: assistente sociale 18h; infermiere professionale 12 h; 2 terapisti della riabilitazione; terapeuta occupazionale 18h; 1 educatore, 4 OSS/OSA. L'azienda sanitaria, inoltre, garantisce 15 ore settimanali l'intervento medico e psicologico.	150 minuti

segue

Regione	Anno	Struttura	Standard assistenziali	Assistenza globale*
Valle d'Aosta	2007	CD Alzheimer	Nucleo da 10 posti: minuti di assistenza al giorno per ospite: direttore sanitario: 1; medico geriatrico UVA: 3; medico di struttura: 0,60; infermiere: 9; ADEST o OSS: 120; educatore professionale: 24.	153 minuti
Campania	2013	CD demenze	Infermiere: 54 min sett/ospite; fisioterapisti: 108 min sett/ospite; terapista occupazionale: 108 min sett/ospite; animatore di comunità: 108 min sett/ospite; psicologo: 36 min sett/ospite; assistente sociale: 36 min sett/ospite; OSA: 216 min sett/ospite; OSS: 108 min sett/ospite; amministrativo: 36 min sett/ospite.	154 minuti
Media				111 minuti

Note:* la colonna "assistenza globale" trasforma i vari standard assistenziali regionali in minuti di assistenza giornalieri pro capite per permettere una comparazione fra i vari standard. Quando non indicato, per il calcolo abbiamo utilizzato gli orari di apertura dei Centri diurni indicati nella normativa delle singole regioni e, in caso di mancanza, si è assunto come punto di riferimento l'orario di apertura medio che è di 8 ore per 5 giorni settimanali. Non sono stati considerati il coordinatore, il medico e l'amministrativo, il personale per i servizi generali.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Basilicata d.C.r. n. 317/2012; Campania d. 43/2013; Emilia-Romagna d.G.r. n. 2110/2009; F-V.G. d.G.r. n. 2326/2010; F-V.G. d.G.r. n. 429/2018; Lazio d. 105/2013; Liguria: d.G.r. n. 1773/2013, d.G.r. n. 1188/2017; Marche d.G.r. n. 1011/2013; Molise d.C.a. n. 60/2017; Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Sardegna d.G.r. n. 47-42/2010; Toscana d.P.G.r. n. 2/R-2018; Valle d'Aosta d.G.r. 3745/2007; Veneto d.G.r. 84/2007.

Le differenze riscontrate negli standard assistenziali delle diverse regioni sono elevatissime e costituiscono un caso a parte nella organizzazione sanitaria e sociosanitaria italiana. In nessun altro settore le differenze regionali sono così ampie e diffuse (lo standard più alto è mediamente il triplo di quello più basso).

La letteratura propone degli standard assistenziali che non si discostano molto da quanto proposto dalla maggioranza delle regioni, fatta eccezione per le previsioni relative al fisioterapista e all'animatore, ed inoltre fornisce una prima individuazione del ruolo di ogni figura professionale. Masotti *et al.* (2013), infatti, nelle loro "Linee di indirizzo per i Centri diurni Alzheimer" propongono un team assistenziale composto dalle seguenti professioni:

- *"Coordinatore del caso/Case manager.* All'interno del team deve essere individuato un case manager responsabile dei singoli piani assistenziali, generalmente identificato con la figura dell'infermiere. Tale figura, oltre a svolgere il suo ruolo specifico è responsabile della presa in carico dell'an-

ziano, deve possedere specifiche competenze nella valutazione dei suoi bisogni e nel coordinamento degli interventi al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua globalità;

- *Infermiere*. Presenza minima prevista 30 ore settimanali (quella prevista dalla maggioranza delle regioni è leggermente più bassa di 4 minuti al giorno per ospite ⁽²⁾). Oltre ad esercitare le abituali funzioni di nursing secondo le normative vigenti nelle varie regioni, deve mantenere insieme allo psicologo il contatto periodico con il caregiver per responsabilizzarlo e condividere il progetto assistenziale, deve inoltre, possibilmente in accordo con il medico specialista, segnalare al medico di medicina generale problematiche di natura sanitaria di nuova insorgenza o scarsamente compensate".
- *"Fisioterapista con esperienza nella gestione dell'anziano affetto da demenza*. Presenza minima prevista di 6 ore settimanali (le regioni, salvo due eccezioni non hanno previsto il fisioterapista). Deve partecipare alla valutazione funzionale dell'ospite e alla stesura del suo PAI con attenzione alle competenze motorie, alla valutazione della sicurezza del cammino, alla prevenzione delle cadute. Deve concorrere alla realizzazione di piani di riabilitazione individuali di tipo motorio e, dove sia possibile, di tipo cognitivo. Deve promuovere inoltre, coordinandosi con gli altri operatori, l'attività motoria di gruppo, che ha evidenze di efficacia sulla riduzione globale dei BPSD e dello stress del caregiver e sulla sintomatologia depressiva del malato;
- *Operatore assistenziale, OSS e le sue varianti più specializzate in ambito sociosanitario*, presente durante tutta la durata dell'apertura del servizio. Si deve occupare della sorveglianza e delle cure igieniche dell'ospite cercando di salvaguardarne le potenzialità residue di autonomia. In particolare è deputato ad eseguire programmi di rieducazione minzionale, ad assistere l'ospite nell'alimentazione, ad avere particolare attenzione all'ambiente per ridurre i rischi di cadute e di fughe;
- *Animatore, educatore professionale o terapeuta occupazionale*. Presenza minima prevista di 15 ore settimanali (quella prevista dalla maggioranza delle regioni è più alta di ben 25 minuti al giorno per ospite). Ha il compito di

(2) Per fare i confronti abbiamo ipotizzato che la proposta di Masotti *et al.* (2013) facesse riferimento ad una struttura di 25 posti aperta per 5 giorni la settimana. La modalità più diffusa in Italia.

organizzare attività ludico-ricreative svolte in piccoli gruppi per promuovere la socializzazione e la partecipazione attiva dell'anziano. Deve raccogliere la storia individuale dell'ospite attraverso il colloquio con i familiari anche allo scopo di proporre semplici attività ricreative gradite e coerenti con le competenze storiche del soggetto".

- *"Psicologo*. Presenza minima prevista 6 ore settimanali (quella prevista dalla maggioranza delle regioni è più alta di 3 minuti al giorno per ospite). Deve possedere un'esperienza specifica nel settore, ha il compito di partecipare alla valutazione cognitiva e comportamentale dell'ospite per stilare, dove sia possibile, piani di trattamento riabilitativo cognitivo, ma soprattutto per suggerire l'uso di tecniche di trattamento non farmacologico dei BPSD. Deve, inoltre, esercitare le sue specifiche competenze nella valutazione e trattamento dello stress percepito del caregiver ed il burn-out degli operatori promuovendo strategie di coping per fronteggiarlo.
- *Altre figure* dovrebbero essere presenti con accessi periodici e continuativi (odontoiatra, podologo, dietista, parrucchiere), così come deve essere promossa la partecipazione di enti di volontariato. Il ruolo dei volontari deve essere stabilito all'interno dei Piani assistenziali individualizzati, in modo coordinato con le altre figure professionali." (Masotti *et al.*, 2013).

Nel complesso si può affermare che la ricognizione effettuata in tutte le regioni italiane ha permesso di rilevare che non esistono modelli organizzativi di riferimento né gruppi di regioni che tendono verso un'organizzazione simile. Questa è la causa principale di questa perdurante disomogeneità che riduce l'efficacia e la capacità di sviluppo dei Centri diurni. L'assenza di modelli organizzativi sottrae affidabilità ai Centri diurni che pur avendo già raccolto le prove di efficacia circa l'utilità del loro intervento non riescono ancora a dimostrare quale è l'organizzazione giusta per raggiungere i buoni risultati presentati in letteratura. Qui occorre fare un grande lavoro di ricerca organizzativa e di benchmarking che dovrebbe essere alimentato soprattutto dal Ministero della salute perché l'appropriatezza organizzativa è un tema che interessa trasversalmente tutti per i benefici di efficacia e di economicità che ne possono derivare.

6.3. Le figure professionali utilizzate

Tutte le regioni meno le province autonome di Bolzano e di Trento prevedono esclusivamente l'utilizzo di personale qualificato (infermiere, OSS,

terapista della riabilitazione, terapista occupazionale, psicologo, animatore, ecc.) e strutturato.

La provincia autonoma di **Bolzano** dispone che per l'assistenza diretta agli ospiti è previsto un parametro di personale di almeno un assistente per quattro persone assistite. Si tratta di unità di personale a tempo pieno effettivamente in servizio. Per tutto l'orario di apertura deve essere garantita la presenza di almeno una persona qualificata in possesso del titolo di studio di uno dei seguenti profili professionali: *a)* assistente geriatrico/geriatrica o familiare; *b)* assistente per soggetti portatori di handicap; *c)* operatore/operatrice socio-assistenziale; *d)* infermiere professionale; *e)* tecnico dei servizi sociali. Almeno un terzo del personale assistenziale necessario deve appartenere ai profili professionali sopra indicati. Il rimanente personale assistenziale deve essere in possesso del diploma di operatore/operatrice socio-sanitario/a oppure ausiliario/ausiliaria socio-assistenziale. L'assistenza infermieristica è garantita, nella misura necessaria, dal personale del distretto sanitario.

La provincia autonoma di **Trento** prevede invece che il parametro del personale possa essere coperto da volontari, fino ad un massimo del 10%, purché in possesso di qualifiche adeguate alle attività che andranno a svolgere. Per qualifiche adeguate si intende l'avere un titolo di studio di tipo sanitario o sociosanitario oppure aver frequentato nell'ultimo triennio corsi formativi afferenti l'area dell'assistenza alla persona con contenuti di base rispondenti alle competenze richieste per un totale di 30 ore, oppure aver svolto nell'ultimo triennio un'attività di assistenza e cura della persona certificata dall'ente/associazione di appartenenza per almeno 240 ore.

6.4. Le funzioni di responsabilità e coordinamento

Masotti *et al.* (2013) affermano che il coordinatore del CD deve essere un professionista sanitario oppure un assistente sociale con provata esperienza nel settore, al quale compete l'amministrazione del servizio, l'organizzazione lavorativa delle varie figure professionali stabilendo la formazione del personale, la turnazione ed il piano di lavoro anche al fine di evitare il burnout degli operatori, la supervisione sulle prestazioni erogate in modo che siano congrue con le normative e le convenzioni. Deve inoltre promuovere lo sviluppo e la raccolta di indicatori di processo e di esito ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza erogata.

Tabella 17 – I responsabili dei Centri diurni

Regione	Responsabile/coordinatore	Orario di lavoro
Basilicata	Un medico specializzato in igiene e sanità o un medico geriatra nelle strutture per utenza con demenza	
Campania	Medico, direttore sanitario (Responsabile aspetti igienico sanitari)	0,32 del tempo pieno
	Responsabile dei servizi assistenziali (assistente sociale)	
Emilia-Romagna, Lombardia, Friuli-V.G., Veneto	Un coordinatore	
Lazio (centro diurno per disturbi cognitivi gravi)	Infermiere coordinatore	Almeno 18 ore settimanali ogni 20 posti
Liguria	Coordinatore responsabile, nel CD anziani può essere l'infermiere. Nel CD per Alzheimer la funzione viene svolta preferibilmente dallo psicologo o dall'educatore.	Attività svolta da uno degli operatori del centro nell'ambito del monte ore indicato nelle tabelle 8 e 9
Molise	Un coordinatore (in possesso almeno di laurea triennale afferente alle aree psico-sociopedagogiche)	Almeno 12 ore a settimana
Piemonte	Un coordinatore	Anche part time
	Nei CDAI la direzione sanitaria viene garantita dal direttore sanitario della struttura in cui è inserito. Nei CDAA la direzione sanitaria è garantita dal medico responsabile.	
Puglia	Un coordinatore	0,33 del tempo pieno in un CD da 30 posti
Trento	Per i Centri diurni Alzheimer il coordinatore dovrà possedere la laurea in Infermieristica. Per gli altri Centri possono essere più figure professionali (vedi nota).	Centro diurno esterno o integrato 50 minuti a posto; Centro diurno Alzheimer 72 minuti a posto.
Valle d'Aosta	Direttore sanitario	

Note: Trento: il coordinatore dovrà possedere una delle seguenti lauree (oppure diploma universitario o altro titolo conseguito in base al precedente ordinamento riconosciuto equipollente al diploma universitario): Educazione professionale, Servizio sociale, Infermieristica, Scienze della formazione e Psicologia. Sono fatte salve le figure professionali già esistenti (ad esaurimento). In Friuli-V.G. il coordinatore deve possedere il diploma di scuola secondaria di secondo grado, con esperienza almeno triennale nel coordinamento organizzativo di strutture socio-assistenziali mentre in Veneto il diploma di scuola media superiore o diploma di laurea o laurea specialistica.

Quasi tutte le regioni hanno previsto un responsabile o un coordinatore del Centro diurno che controlla e coordina la gestione organizzativa ed assi-

stenziale della struttura. In tre regioni (Campania, Liguria e Piemonte) oltre al responsabile viene previsto anche un direttore sanitario che sovrintende agli aspetti igienici e sanitari. In Valle d'Aosta il responsabile della struttura è proprio il direttore sanitario.

Non c'è alcun accordo fra le regioni su quale possa essere la figura professionale che può ricoprire l'incarico di coordinatore del centro: la Campania propone l'assistente sociale, la Liguria lo psicologo o l'educatore, la Valle d'Aosta e la Basilicata il medico, il Lazio e la provincia di Trento propongono l'infermiere ma solo per i CD Alzheimer. Le altre regioni indicano più genericamente il possesso di un titolo di studio con qualche afferenza al lavoro da svolgere (cfr. Tab. 17).

Per quel che riguarda il tempo di lavoro dei responsabili, la metà delle regioni indica 12 ore alla settimana per centro seguite da un altro piccolo gruppo di regioni che indicano 18 ore. Masotti *et al.* (2013) quasi in linea con quanto stabilito dalle regioni raccomandano una presenza minima di 18 ore settimanali.

La regione **Campania**, come abbiamo visto con la Tab. 17, prevede addirittura due responsabili: un medico quale direttore sanitario, responsabile degli aspetti igienico-sanitari, della gestione dei farmaci e dell'assistenza sanitaria, ed un'assistente sociale, responsabile dei servizi sociali, tutelari e di animazione. Al direttore sanitario competono le seguenti funzioni:

- adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- predisposizione ed attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti;
- approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e vigilanza sul loro utilizzo;
- approvazione dei turni del personale sanitario;
- collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accoglimento degli ospiti;
- responsabilità e coordinamento dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali e controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale in collaborazione con il responsabile delle attività sociali;
- organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale e delle riunioni d'équipe;
- raccordo con i medici di Medicina generale;
- raccordo con i medici specialisti;
- raccordo con l'Azienda sanitaria.

All'assistente sociale, responsabile delle attività sociali, competono le seguenti funzioni:

- organizzazione dell'assistenza tutelare ed alberghiera;
- organizzazione della vita comunitaria e dell'accoglimento degli ospiti in accordo con il medico responsabile;
- coordinamento dell'attività di socializzazione e animazione;
- verifica della qualità dell'abitare e delle prestazioni sociali;
- raccordo con i servizi sociali territoriali, con gli organi di ambito e con gli altri organismi della programmazione sociosanitaria;
- raccordo con le famiglie degli ospiti e con il contesto sociale (associazioni di volontariato, reti di solidarietà, ecc.).

In realtà, ciò che occorre è un solo responsabile della struttura a cui affidare la responsabilità della gestione organizzativa ed assistenziale della struttura. Può essere un professionista sanitario o del settore sociale, comunque laureati, con provata esperienza nel settore.

6.5. L'assistenza medica

Di norma l'assistenza medica viene assicurata dal medico di famiglia (MMG), con il quale vengono presi contatti all'atto dell'ingresso dell'ospite nel Centro e con cui viene mantenuta una relazione costante e periodica.

In alcuni Centri diurni Alzheimer, però, viene prevista una presenza medica specialistica, sebbene in misura contenuta. È il caso della regione Lazio (4 ore/settimanali), della regione Liguria (3 minuti/die/ospite) e della regione Valle d'Aosta (il geriatra dell'UVA 3 minuti per ospite e il medico di struttura 0,60 minuti per ospite al giorno) e della Sicilia. A queste regioni si aggiunge la Lombardia che per i suoi Centri diurni integrati prevede una presenza medica di 6 ore alla settimana.

Masotti *et al.* (2013) nelle loro "Linee di indirizzo per i Centri diurni Alzheimer" prevedono una presenza minima di 6 ore settimanali di un Medico specialista nella cura delle demenze. Deve collaborare con il MMG nella stesura di un piano integrato (con approcci farmacologici e non) per il trattamento dei disturbi psicologici e comportamentali (BPSD). Deve possedere specifiche competenze in ambito di prevenzione e trattamento delle più frequenti sindromi geriatriche e promuovere, all'interno dell'équipe, la metodologia della valutazione multidimensionale; per tale motivo è preferibile che

esso sia uno specialista geriatra. Deve guidare la formazione e l'educazione del personale e dei familiari attraverso l'organizzazione ed il coordinamento delle riunioni periodiche.

6.6. La formazione

Pochissime regioni (Liguria e Piemonte) si sono occupate esplicitamente della formazione degli operatori dei Centri diurni nonostante sia il punto cardine per la qualità dei servizi offerti dai Centri. Infatti, è assolutamente necessario che tutti gli operatori abbiano una formazione specifica e in generale che siano in grado di comunicare con gli anziani con e senza problemi cognitivi e che posseggano le corrette metodologie assistenziali per la gestione dei problemi connessi con l'assistenza alla non autosufficienza. È inoltre indispensabile che gli operatori conoscano le tecniche informali per il mantenimento delle funzioni residue, che siano in grado di instaurare buoni rapporti relazionali indipendentemente dalle abilità comunicative dell'ospite, che rappresentino un sostegno alle attività di animazione e che tutti contribuiscano all'occupazione della giornata in modo pieno e soddisfacente per tutti gli ospiti.

Per questo è fondamentale mantenere costantemente un percorso di formazione, che veda il coinvolgimento dell'intera équipe.

L'iniziativa formativa per gli operatori di un Centro diurno Alzheimer potrebbe essere articolata in tre moduli principali dove si affrontano le seguenti tematiche:

- “Aspetti clinici comportamentali e neuropsicologici della malattia;
- La gestione del malato affetto da demenza;
- La gestione dei familiari del malato” (Regione Emilia-Romagna, 2006).

Nei Centri diurni Alzheimer, sarebbe inoltre molto opportuno proporre un sostegno motivazionale per il personale attraverso degli incontri sulle tematiche relative alla gestione degli aspetti relazionali nell'ambito del triangolo utente-familiare-operatore, e allo sviluppo di capacità di analisi e gestione dei conflitti all'interno del gruppo di lavoro. Tale iniziativa, affidata allo psicologo del servizio o ad un consulente supervisore esterno (6-12 incontri annui), ha la finalità di mantenere motivazione e prestazioni qualificate, valutando la gestione assistenziale dei diversi casi ed il rapporto con i familiari, attraverso l'elaborazione dell'impatto che il lavoro con l'anziano ammalato ha sull'équipe, in un'ottica di prevenzione del burnout (Regione Emilia-Romagna, 2006).

7. I trattamenti assistenziali e le procedure

7.1. La prevenzione e il trattamento delle sindromi geriatriche

Marina Simoncelli (*)

L'organizzazione dell'assistenza in un Centro diurno per anziani deve comprendere protocolli rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura delle sindromi geriatriche, previa una adeguata sensibilizzazione del personale di cura. L'offerta dei Centri diurni prevede infatti accanto agli interventi sociali e di animazione (attività ludiche, ricreative), variamente modulati, interventi medico-infermieristici, servizi riabilitativi e servizi alla persona (attività manuali, riabilitazione cognitiva, attività occupazionali) pensate e realizzate per il singolo utente o per piccoli gruppi. Queste attività strutturate vengono fornite da personale socio-assistenziale o sociosanitario, secondo precisi standard definiti dalle normative regionali sull'autorizzazione al funzionamento e sull'accreditamento.

Le sindromi geriatriche sono quelle condizioni patologiche tipiche dell'anziano che riconoscono una genesi multifattoriale e che tendono a presentarsi in maniera ricorrente nella storia clinica del paziente. Esse sono rappresentate ad esempio da: cadute, lesioni da pressione, malnutrizione, delirium, incontinenza urinaria, dolore cronico e ricorrente. La segnalazione e l'approccio di prevenzione ed assistenza per tali problematiche vengono effettuati principalmente dall'infermiere, con la consulenza, ove necessario, dello specialista geriatra (e talvolta fisiatra) e in accordo con il Medico di Medicina Generale.

Cadute

Le cadute e l'equilibrio instabile rientrano tra i problemi clinici più seri degli anziani, essendo associati a tassi di mortalità e morbilità elevati, la cui frequenza cresce all'aumentare dell'età.

(*) Direttore Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

Dati recenti stimano infatti nelle RSA europee un'incidenza di cadute di 2,2 episodi/anno/persona negli uomini e di 1,5 nelle donne.

In realtà il problema delle cadute nella popolazione anziana, non è semplicemente legato all'elevata incidenza, quanto piuttosto alla combinazione di incidenza e facilità di andare incontro ad importanti danni fisici (ferite, fratture, trauma cranico...) anche per cadute lievi. Tale fenomeno è riconducibile all'elevata prevalenza tra gli anziani di malattie come l'osteoporosi, patologie del sistema nervoso, cardiovascolare e osteoarticolare (osteoporosi) ed al generale rallentamento dei riflessi protettivi. Inoltre, la guarigione da una lesione, come per esempio una frattura, è di solito lenta nelle persone anziane e ciò aumenta il rischio di successive cadute. Un'altra complicazione è data dalla sindrome ansiosa post-caduta, in cui l'anziano proprio per la paura di cadere si cautela eccessivamente riducendo significativamente il movimento e le attività, aumentando così parallelamente il rischio di istituzionalizzazione, disabilità, sviluppo di depressione.

La frattura di femore, spesso legata a cadute non spiegate che possono anche essere legate ad episodi sincopali misconosciuti, è una delle conseguenze più gravi delle cadute e costituisce un fattore di rischio indipendente di mortalità.

Le cadute pertanto vanno a pieno titolo inserite tra le sindromi geriatiche. All'interno dei CD risulta fondamentale un rapido riconoscimento dei fattori di rischio, in modo da poter realizzare tutta una serie interventi di prevenzione primaria e secondaria, come di seguito indicati:

- Valutazione e stima dei fattori predisponenti intrinseci (legati al paziente) quali: problemi di postura, equilibrio, forza muscolare; indebolimento visivo; deficit cognitivo; presenza di patologie del sistema nervoso e/o cardiovascolare e/o osteoarticolare; assunzione di 3 o + farmaci (maggiore è il numero dei farmaci assunti, maggiore è il rischio di sviluppare un avvento avverso da farmaci), soprattutto se diuretici, ipnotici, ipoglicemizzanti, neurolettici ed antiaritmici.
- Indicazione all'impiego di idonei dispositivi di sicurezza (ausili per la deambulazione: carrello deambulatore, bastone o stampella; oppure, carrozzina per i soggetti a maggior rischio di caduta; ancora, ortesi per la deambulazione: plantari/calzature appropriate).
- Riduzione fattori predisponenti estrinseci (legati all'ambiente) attraverso: installazione di maniglie e di alza-water nei bagni; montaggio del corrimano; uso di strisce anti-scivolo; potenziamento dell'illuminazione artificiale; eliminazione di tappeti ed ingombri nei vari ambienti.
- Incoraggiamento alla partecipazione attiva dell'anziano ai programmi di

attività ludico-ricreative ed occupazionali offerti nel CD, mirati a mantenere/migliorare le performance motorie.

- Interventi informativo/educativi volti a sensibilizzare il paziente ed i familiari rispetto al rischio di caduta, cercando di estendere anche a domicilio adeguate misure comportamentali e ambientali.

La valutazione del rischio di caduta sarà discussa dall'infermiere, dal fisioterapista e dal geriatra (e talvolta fisiatra) dopo raccolta anamnestica (anamnesi patologica e farmacologica), esame obiettivo e valutazione della performance degli arti inferiori (ad esempio mediante la scala di Tinetti). Quindi, se viene verificato il potenziale rischio, verranno incluse nel piano assistenziale del paziente ricoverato nel CD (concordato con il MMG) sia l'adozione di strategie assistenziali e riabilitative mirate, la prescrizione di ausili, che le eventuali modificazioni della terapia farmacologica e gli approfondimenti diagnostici.

L'indice FRAX costituisce un possibile strumento a disposizione del geriatra con cui valutare negli ospiti del CD il rischio di frattura; se necessario, il geriatra potrà poi discutere con il MMG l'indicazione a terapie per l'osteoporosi, quali ad esempio la supplementazione con vitamina D, e l'adeguato apporto di calcio con la dieta (Tonon *et al.*, 2013).

Lesioni da pressione

Le lesioni da pressione legate ad una condizione di ipomobilità del corpo sono determinate dalla protratta pressione di un piano rigido su un'area cutanea e sui tessuti sottostanti. La compressione della zona impedisce un adeguato flusso ematico, determinando in successione temporale rispettivamente: ipossia, ischemia, edema, necrosi, ed ulcera.

Quando si parla di ulcere da pressione viene immediatamente da pensare al paziente allettato, e per definizione l'ospite del CD non è allettato, ma è anch'egli potenzialmente a rischio per il possibile prolungato mantenimento della posizione seduta in carrozzina. In questo caso le zone più esposte a rischio sono: il sacro ed il coccige, le tuberosità ischiatiche, le scapole, il cavo popliteo, ed i talloni.

L'incidenza di lesioni da pressione è un indicatore negativo della qualità della vita e dell'assistenza in un determinato setting di cura e costituisce un indicatore prognostico negativo.

Nel CD è pertanto doveroso prevenire la sindrome da ipomobilità, attraverso l'offerta di attività assistenziali, di riattivazione psicomotoria e di socializzazione, realizzate dalle diverse figure professionali operanti al suo interno, con opportunità di coinvolgere-educare anche la famiglia.

Risulta poi fondamentale da parte del personale di assistenza la valutazione del rischio di lesioni da pressione attraverso la periodica attenta osservazione della cute e l'utilizzo di strumenti validati. Altresì, quando tali lesioni sono già presenti, è poi necessaria la loro quantificazione, stadiazione e successivo monitoraggio, per poi sviluppare ed attuare un programma personalizzato sia di cura della cute che di nutrizione.

Malnutrizione

Dai dati di letteratura emerge che, dal 30% all'85 % dei soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati, risulta malnutrito. Non esistono indagini mirate ai servizi semiresidenziali.

La malnutrizione si associa a perdita di massa muscolare (con aumentato rischio di cadute e di disabilità), rallentata guarigione delle ferite, ridotta risposta alle infezioni e, da ultimo, incremento di mortalità.

Rispetto a tale problematica gli obiettivi del CD possono essere riassunti come di seguito:

- Identificazione del soggetto a rischio o già malnutrito. Tutti gli ospiti devono dunque essere sottoposti a valutazioni antropometriche, per cui tutti i CD devono avere una bilancia adatta ad anziani disabili. È inoltre necessario fare ricorso a strumenti validati, quali ad esempio la sezione di screening del Mini Nutritional Assessment. Infine, risulta fondamentale riconoscere e trattare la disfagia, non solo per prevenire la malnutrizione e la disidratazione, ma anche per evitare gravi complicanze quali ad esempio la polmonite da aspirazione. La letteratura in materia identifica nell'infermiere (opportunamente formato ed addestrato) la figura professionale deputata all'effettuazione dello screening per la disfagia mediante il "water swallow test". Eventualmente in casi selezionati, secondo parere medico, è previsto l'intervento di altre figure professionali (logopedista, ...) e l'esecuzione di esami di approfondimento.
- Attuazione di strategie di trattamento: l'infermiere avrà cura di informare il MMG o il geriatra dello stato carenziale dell'anziano, che possono proporre programmi di arricchimento della dieta o l'utilizzo di integratori calorico-proteici, con monitoraggio nel tempo.

Delirium

La prevalenza del delirium, inteso come disfunzione cognitiva acuta con compromissione dell'attenzione, che si sviluppa improvvisamente o in breve tempo (di solito da ore a giorni), varia dal 6% al 60% (mediana 14%) in RSA.

Non vi sono dati specifici relativi alla prevalenza ed incidenza in CD, sebbene le caratteristiche degli ospiti (età avanzata, demenza soggiacente, funzionamento compromesso, comorbidità e politerapia) li pongano ad elevato rischio.

Generalmente i fattori che possono precipitare il delirium sono: introduzione o sospensione di farmaci, aggiustamenti posologici; alterazioni elettrolitiche (p. es., iponatremia, ipossiemia); infezioni (specialmente del tratto urinario o infezioni respiratorie); riduzione degli input sensoriali (p. es., cecità, sordità, oscurità, cambiamenti dell'ambiente abituale); ritenzione urinaria e fecalomi; problemi endocranici (p. es., ictus, emorragia, meningite, stato post-ictale) o cardiaci.

Il suo manifestarsi si associa a maggiore declino funzionale ed aumento dei costi assistenziali, elevata morbosità e maggiore mortalità.

L'obiettivo del CD, mediante appropriata formazione del personale ed informazione alle famiglie, è pertanto quello di:

- prevenire la comparsa di delirium mediante l'intervento preventivo sul determinarsi di fattori precipitanti. In particolare, nell'approccio assistenziale deve essere posta particolare attenzione rispettivamente alle: modalità di interazione con gli ospiti, stimolazione cognitiva, esercizio fisico, correzione dei deficit sensoriali, appropriata idratazione e nutrizione, igiene del sonno, regolarità dell'alvo e della minzione, trattamento del dolore, frequente revisione della farmacoterapia;
- individuare precocemente la comparsa di delirium negli ospiti ed, una volta esclusa la necessità dell'ospedalizzazione, trattare le patologie di base e rimuovere i fattori contribuenti, attivare strategie farmacologiche, e non farmacologiche, per il trattamento dei sintomi del delirium (Tonon *et al.*, 2013). La famiglia e il personale del CD devono essere informati sul fatto che da un lato il delirium di solito è reversibile, ma dall'altro i deficit cognitivi spesso richiedono settimane o mesi per scomparire, dopo la risoluzione della malattia acuta. È pertanto opportuno, in caso permanenza del paziente nel CD, incoraggiare i familiari a restare con il paziente e fornire oggetti che aiutino il paziente a orientarsi (p. es., orologi, calendari).

Incontinenza urinaria

Nella popolazione di età superiore ai 60 anni, il sesso femminile ha una probabilità di essere incontinente doppia rispetto al sesso maschile e la maggior parte degli studi dimostra che la prevalenza aumenta con l'avanzare dell'età. La prevalenza tra gli anziani che vivono a domicilio è del 20%, sale al 30% tra i ricoverati nei reparti per acuti, per raggiungere il 50-60% tra i re-

sidenti nelle istituzioni. Non sono ad oggi disponibili dati epidemiologici nei servizi semiresidenziali. L'incontinenza urinaria, oltre ad essere causata da alterazioni del basso tratto urinario, è determinata anche dalla comorbidità extra-urologica, dalla disabilità (motoria e cognitiva) del paziente, cui si aggiungono fattori estrinseci di natura ambientale o iatrogena (presenza di barriere architettoniche, indisponibilità dei caregiver capaci e motivati, cattiva gestione farmacologica e assistenziale). Con l'invecchiamento i fattori extra-urologici e quelli estrinseci assumono un rilievo crescente fino a diventare predominanti nel soggetto fragile o dipendente. Oltre a ciò l'uso incondizionato di pannoloni assorbenti diventa una comoda copertura per non affrontare il problema sia da parte dell'anziano (che magari pur presentando un'iniziale incontinenza si sente autorizzato a non controllarsi neppure nei momenti in cui sarebbe in grado di avvertire lo stimolo), sia dalle persone che lo assistono (che considerano meno costoso in termini di tempo e di fatica cambiare un pannolone in più piuttosto che dover accompagnare più volte il paziente al bagno).

Dunque, all'interno del CD i principali obiettivi sono:

- sensibilizzare il personale assistenziale e sanitario ad individuare i soggetti affetti da incontinenza anche nelle sue forme meno gravi e transitorie;
- prevenire, riconoscere e trattare mediante terapia farmacologica, o comportamentale, o più raramente chirurgica, le forme transitorie, correggendo i fattori reversibili;
- trattare efficacemente e nel contempo nel modo meno invasivo e più economico possibile le forme permanenti, attraverso una corretta classificazione fisiopatologica basata sulle manifestazioni cliniche. In particolare, deve essere contrastato l'uso non necessario dei presidi assorbenti e l'utilizzo, generalmente inappropriato per questa indicazione, del catetere vescicale a permanenza.

All'infermiere spetta il compito di raccogliere l'anamnesi sull'incontinenza che verrà poi ridiscussa con il geriatra, che provvederà a segnalare al MMG l'eventuale necessità di esami di approfondimento o di revisione della terapia farmacologica.

Nei casi in cui sia presente una capacità cognitiva residua e sia mantenuta la capacità percettiva, bisogna attuare un protocollo di recupero funzionale attraverso stimolazione o programmazione della minzione (prompted – timed voiding). Invece, nei casi in cui non sia possibile recuperare la continenza sarà necessario provvedere alla scelta dei presidi assorbenti più adeguati (Tonon *et al.*, 2013).

Dolore cronico e ricorrente

La prevalenza del dolore aumenta con ogni decade di vita (Davis *et al.*, 2003); ma il dolore, benché frequente, non deve essere considerato come parte dell'invecchiamento fisiologico.

In Italia il dolore persistente, ovvero il dolore che dura più di tre mesi correlato con patologie progressive non neoplastiche, interessa dal 40 all'85% della popolazione anziana (Bagnara *et al.*, 2009). Un'analogha prevalenza viene rilevata all'interno delle residenze per anziani emergendo anche in questo caso un dato che varia dal 45% al 80% (Franzoni, 2010). Questa grande oscillazione appare verosimilmente riconducibile alle caratteristiche paziente, agli strumenti valutazione impiegati, ed al tipo di dolore esaminato.

Non sono disponibili dati relativi ai CD.

Le cause più frequenti di dolore nell'anziano sono da imputare principalmente a processi degenerativi muscolo-scheletrici (artrosi a localizzazione polidistrettuale in particolare con interessamento di anca, ginocchio, schiena), a fratture ossee, a neuropatie da Herpes zoster. Il dolore cronico può inoltre essere causato da vasculopatie periferiche (claudicatio intermittens), oppure essere di tipo centrale come accade dopo un ictus ischemico o nei malati di Parkinson.

Il dolore cronico e la disabilità conseguente sono fra le cause più importanti di scadente qualità di vita, ridotto benessere e depressione nell'anziano.

In generale, il dolore geriatrico è sottostimato e sottotrattato (Bernabei *et al.*, 1998).

Infatti nell'anziano si verificano fisiologicamente alterazioni della sensibilità dolorifica: da un lato una maggiore soglia del dolore (dovuta ad un deterioramento della funzione delle fibre A δ), e dall'altro una ridotta tolleranza al dolore, dovuta ad una alterazione dei meccanismi di modulazione endogena del dolore, rispetto ai giovani adulti. Ne consegue che il dolore, dopo che viene percepito, può diventare rapidamente intollerabile. Inoltre, non si può escludere anche una ridotta efficacia dei farmaci per le possibili modificazioni recettoriali cui l'anziano potrebbe andare incontro. Infine, i motivi della sottostima e del ridotto trattamento del dolore sono da ricercare nell'atteggiamento del paziente anziano: sottovalutazione del dolore, sua accettazione come se fosse parte inevitabile dell'invecchiamento, possibile rischio di automedicazione ed eventuale riluttanza nell'assumere antidolorifici, specialmente nei pazienti in poli-terapia.

La presenza di dolore nel soggetto con decadimento cognitivo può essere causa o concausa di alterazioni del comportamento, quali agitazione ed aggressività.

Gli obiettivi del CD si basano sulle attività di seguito indicate:

- Individuare/Riconoscere i soggetti che lamentano dolore, tramite l'osservazione della: espressione del volto (aggrottamento delle fronte e della cute attorno agli occhi, sofferenza); adozione di posture antalgiche o riduzione del movimento; modificazioni del comportamento usuale (rifiuto del cibo, agitazione, atteggiamento oppositivo, comportamenti auto ed etero lesivi, ecc.). Anche l'ascolto può aiutare ad interpretare i bisogni del paziente, si pensi ad esempio all'aumento di vocalizzazioni negative (lamenti, pianto, urla). Non sussiste alcuna ragione per credere che parallelamente alle ridotte abilità cognitive non si manifestino più condizioni dolorose e non si attivino le vie afferenti sensoriali (Emilia-Romagna, 2015).
- Valutazione delle caratteristiche e dell'intensità del dolore attraverso scale di rilevazione semplici e validate, la cui somministrazione può essere affidata all'infermiere, che possiede in tal senso competenze specifiche riconosciute.
- Massima collaborazione e consenso fra staff infermieristico e medico di Medicina generale per trasformare le informazioni raccolte con la valutazione in terapia antalgica, trattando ove possibile anche le cause del dolore (Tonon *et al.*, 2013).

7.2. Le prestazioni assistenziali nei Centri diurni Alzheimer

Per i Centri diurni Alzheimer (CDA), i servizi offerti sono in parte gli stessi previsti per i Centri diurni per anziani con disabilità generica; in aggiunta, sono previsti programmi specifici di riabilitazione cognitiva, di trattamento dei disturbi comportamentali, di utilizzazione terapeutica dei Giardini Alzheimer, laddove presenti. Nei CDA dovranno essere adeguatamente implementate anche le attività formative-educazionali rivolte ai familiari e ai caregiver, come mezzo per migliorare l'assistenza degli ospiti e ridurre lo stress dei caregiver. Infine, dovranno essere previste norme e programmi di attenta sorveglianza che garantiscano la sicurezza degli ospiti (Ministero della salute, 2010).

Dal canto loro le regioni hanno dato disposizioni molto diversificate sull'organizzazione assistenziale dei CDA. Il numero più ampio di regioni ha previsto l'assistenza tutelare e di aiuto nelle attività di base della vita quotidiana, l'attività di animazione/terapia occupazionale e di socializzazione, nonché l'assistenza infermieristica. Per il resto c'è ampia varietà. Un gruppo

di sole 5 regioni ha risposto al bisogno di attività motoria degli assistiti; mentre unicamente quattro regioni hanno molto opportunamente previsto una serie di attività a sostegno diretto della famiglia dell'assistito. Poche regioni hanno contemplato l'assistenza medica a cura del Medico di medicina generale (ma pensiamo si tratti probabilmente di una dimenticanza). E purtroppo solo tre regioni hanno previsto, all'interno della struttura, una periodica valutazione geriatrica. Ancora, nell'ambito delle funzioni da garantire, solo tre regioni hanno esplicitamente previsto il trasporto "da e verso" il Centro; lo stesso dicasi per talune attività di cura degli assistiti, ovvero il bagno, la doccia e l'igiene della persona. Infine la Campania e la Provincia autonoma di Trento hanno previsto, con oneri aggiuntivi a carico dell'assistito, anche la possibilità di usufruire del podologo e del barbiere/parrucchiere.

Una ricerca del CNESPS (Istituto superiore di sanità) ha rilevato quali sono le tipologie dei servizi effettivamente erogati nei Centri diurni. Tale ricerca ha coinvolto 289 Centri diurni (sia CD anziani non autosufficienti, che CD demenze/Alzheimer che costituiscono circa la metà dei Centri). Al loro interno l'attività di gran lunga più rappresentata è quella di animazione, socializzazione e ludico-ricreativa, che risulta presente nell'82% dei CD. Seguono poi le attività di stimolazione/riabilitazione cognitiva e l'attività infermieristica, che troviamo nel 78% dei CD. Infine in tale ricerca risulta che, solo nel 51% dei CD si effettua trattamento psico-sociale e comportamentale e che meno della metà dei CD possono godere di una qualche presenza medica (cfr. ultima colonna della Tabella 18, tratta da Di Pucchio, 2015). Contrariamente le "Linee di indirizzo per i Centri diurni Alzheimer" (Masotti G. *et al.*, 2013) prevedono un piano di attività che deve garantire momenti di socializzazione, animazione, stimolazione, attività fisica, riabilitazione motoria, stimolazione-riattivazione cognitiva, terapia occupazionale da svolgere individualmente o in piccoli gruppi, attività di prevenzione e trattamento delle sindromi geriatriche.

Tabella 18 – Le prestazioni erogate nei Centri diurni Alzheimer (CDA)

Prestazioni	Prevista nella normativa delle regioni	Note esplicative	Servizi forniti: % dei CD* italiani
Medicina generale (MMG)	Campania, Friuli V.G., Piemonte, Sardegna	Assicura le prestazioni sanitarie previste dalla normativa convenzionale vigente.	48,6
Valutazione	Lombardia, Piemonte, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta	Valutazione geriatrica, con programmazione delle attività sanitarie, controllo periodico e gestione dei problemi cognitivi, comportamentali, funzionali e delle patologie intercorrenti.	
Specialistiche,	Campania		36,9
Farmaceutiche	Campania, Lombardia		
Protesiche	Campania		
Integrative	Campania		
Infermieristiche	Campania, Friuli V.G., Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trento, Valle d'Aosta	Somministrazione della terapia prescritta dal medico curante, rilievo di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, alvo e diuresi, rilievo del peso corporeo e dello stato nutrizionale, prevenzione e medicazione delle ferite e delle lesioni da pressione, ecc.	77,9
Fisioterapiche e riabilitative	Campania, Friuli V.G., Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta	Le prestazioni sono finalizzate al mantenimento delle abilità, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane, nonché alla rieducazione psicosociale. Nei Centri diurni Alzheimer sono previste attività terapeutiche-riabilitative per il mantenimento e miglioramento delle capacità funzionali e comportamentali, cognitive e affettive-relazionali.	66,2

segue

Prestazioni	Prevista nella normativa delle regioni	Note esplicative	Servizi forniti: % dei CD* italiani
Assistenza tutelare o sociosanitarie o alla persona	Campania, Friuli V.G., Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Sardegna, Trento, Valle d'Aosta	Comprendono l'insieme delle attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle attività di base (ADL) e strumentali della vita quotidiana (IADL). Le prestazioni comprendono l'igiene dell'ospite e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione dell'ospite, l'accompagnamento e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la mobilitazione periodica dell'ospite, la sorveglianza generica continuativa, lo svolgimento di altre attività previste dal PAI.	
Bagno e igiene	Liguria, Piemonte, Trento	Bagno e doccia assistiti e igiene e cura della persona	
Attività sociali	Campania, Sicilia	Consistono in: coordinamento degli operatori addetti al servizio e dei volontari; mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale.	
Assistenza sociale	Campania, Liguria	Comprende: attività di segretariato sociale, attività di tutela anche relativamente a nomina di tutori, amministratori di sostegno, ecc.; assistenza sociale al nucleo familiare.	43,1
Sostegno psicologico	Campania		
Vitto	Campania, Friuli V.G., Liguria, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trento, Valle d'Aosta	Comprende: colazione, pranzo e merenda. La tabella dietetica deve essere validata dalla ASL. In Liguria e Trento anche diete personalizzate.	
Lavanderia	Molise, Valle d'Aosta		
Attività di animazione, occupazionale, socializzazione	Campania, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta	Interventi di gruppo o individuali (quali spettacoli, giochi, attività manuali e pratiche, letture ecc.) per contenere il rallentamento psicofisico e la tendenza all'isolamento sociale e culturale.	81,7

segue

Prestazioni	Prevista nella normativa delle regioni	Note esplicative	Servizi forniti: % dei CD* italiani
Attività motoria	Liguria, Molise, Piemonte, Sicilia, Toscana, Trento, Valle d'Aosta	Attività e riattivazione motoria.	
Servizi di sostegno alla famiglia	Liguria, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Umbria	Interventi di informazione ed educazione per favorire l'utilizzo al domicilio di tutti i presidi, gli ausili e le procedure che adattino l'ambiente domestico al grado di non autosufficienza raggiunto. In Piemonte è previsto un intervento per la riduzione dello stress; l'acquisizione di conoscenze sulla malattia e di capacità di gestire il paziente; il miglioramento della relazione con il familiare.	61,7
Trasporto	Campania, Piemonte, Trento	A Trento solo se espressamente previsto dal PAI formulato dall'UVM.	
Personali accessorie (podologo, barbiere, parrucchiere)	Campania, Trento	Con oneri aggiuntivi a carico dei richiedenti.	
Assistenza religiosa	Campania		
Trattamento psicosociale e comportamentale	Emilia-Romagna, Liguria, Sicilia, Toscana		51,4
Attività di stimolazione/riabilitaz. cognitiva	Emilia-Romagna, Campania, Liguria, Sicilia, Toscana		78,3
Consulenza e controllo dietetico			21,4
Giardino Alzheimer			27,6

Note: * I dati dell'ultima colonna sono tratti da Di Pucchio (2015) e sono riferiti all'insieme dei Centri diurni italiani (e dunque non solo alle regioni indicate nella riga corrispondente della tabella).

Nel complesso, anche sul fronte delle prestazioni erogate, il panorama regionale è molto diversificato ed ancora alla ricerca di uno o più modelli organizzativi a cui fare riferimento.

La letteratura e i documenti tecnici istituzionali suggeriscono una organizzazione dell'assistenza sulla falsariga di quella indicata nella Tab. 19 che si sviluppi seguendo tre assi:

1) gli interventi psicosociali;

- 2) la prevenzione e il trattamento delle sindromi geriatriche;
- 3) il sostegno ai caregiver.

Il primo asse è evidentemente quello che caratterizza l'attività del Centro diurno Alzheimer rispetto al Centro diurno per anziani non autosufficienti.

Tabella 19 – L'organizzazione delle attività nei Centri diurni Alzheimer

Aree di attività	L'organizzazione di una giornata-tipo
Attività del vivere quotidiano (ADL): abbigliamento, alimentazione, cure igienicosanitarie	• Apertura del Centro e arrivo degli anziani; • Colazioni e somministrazione terapie farmacologiche; Inizio attività giornaliere: • Attività di gruppo: attività motoria/lettura quotidiane; • Attività di piccolo gruppo (stimolazione cognitiva); • Attività individualizzate; • Bagni; • Prestazioni infermieristiche, parametri vitali, testistica; • Pranzo e somministrazione terapie farmacologiche; • Riposo; • Attività Individualizzate/Attività di Gruppo/Animazione; • Merenda/Intrattenimento; • Rientro scaglionato.
Attività strumentali quotidiane (IADL): attività domestiche, giardinaggio, uso del telefono, del denaro, ecc.	
Attività motoria: esercizi di tipo psicomotorio, danza, giochi, attività creative manuali	
Attività verbali: canto, lettura, proverbi, Reality Orientation Therapy (ROT) informale, conversazione, reminiscenza ed altre attività volte a stimolare la memoria (in particolare quella procedurale)	

Fonte: Regione Emilia-Romagna, 2006.

7.3. Gli interventi psicosociali nei Centri diurni Alzheimer

Gli interventi relativi alla persona con demenza sono classicamente distinti in farmacologici (diretti alla sintomatologia cognitiva e psicologico-comportamentale) e non-farmacologici. Quest'ultima dizione è stata sostituita negli studi recenti con il termine "psicosociale" con l'intento di sottolineare un aspetto specifico, cioè che lo scopo principale dell'intervento è di favorire l'adattamento della persona alla sua condizione, di fornire supporto a questo adattamento e assistenza lungo tutto il decorso della malattia.

I farmaci oggi a disposizione per il trattamento dei disturbi cognitivi nella malattia di Alzheimer si sono dimostrati efficaci nel rallentare la progressione della malattia solo in una quota minoritaria dei pazienti. Anche per questo si è rafforzata l'importanza degli *interventi psicosociali* orientati alla stimolazione cognitiva e sensoriale, al benessere psicologico e alla riduzione dei disturbi del comportamento.

Questi interventi hanno un impatto diretto anche sulle abilità cognitive compromesse e sui sintomi psicologici e comportamentali. Il modello psicosociale include anche la prospettiva dell'approccio centrato sulla persona, e considera che le manifestazioni cliniche e sintomatologiche della demenza non sono solo l'esito del danno organico, ma sono anche influenzate dalla storia precedente della persona, dalla sua personalità, dal contesto sociale e ambientale in cui vive e dalla disponibilità di risposte adeguate.

Questo orientamento è confermato e promosso anche dal "Piano nazionale demenze" che raccomanda, anche per le strutture semiresidenziali, la gestione dei sintomi psicologici e comportamentali (BPSD) delle persone affette da demenza. Tali sintomi sono infatti per il caregiver fonte di un notevole carico assistenziale e di depressione, e per le persone con demenza motivo di un aumento del tasso di ospedalizzazione. La loro presa in carico consiste in trattamenti individualizzati per il paziente e il caregiver che combinano interventi psicosociali e le terapie farmacologiche (Presidenza del consiglio dei ministri Conferenza unificata: Provvedimento 30 ottobre 2014).

Gli interventi psicosociali consistono in una serie di trattamenti non farmacologici orientati alla stimolazione cognitiva e sensoriale, al benessere psicologico e alla riduzione dei disturbi del comportamento, con l'obiettivo di potenziare le capacità di adattamento della persona alle conseguenze della malattia. Gli interventi psicosociali sono orientati principalmente a migliorare la qualità della vita dei pazienti attraverso la costruzione di una relazione interpersonale positiva, la realizzazione di modificazioni ambientali ed attività specifiche. Essi dispongono di un numero crescente di dimostrazioni scientifiche di efficacia e di applicabilità indipendentemente dal setting di attuazione nel ritardare la progressione del deficit cognitivo e nel migliorare i sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD) (De Vreese *et al.*, 2013).

Gli interventi psicosociali devono essere individualizzati a seconda dello stadio di malattia, delle problematiche e dei desideri dei singoli ospiti. Per questo l'ospite deve essere valutato dal punto di vista clinico, del profilo neuropsicologico, funzionale e comportamentale e della storia e degli interessi personali, al fine di definire in modo personalizzato il suo trattamento psicosociale.

De Vreese *et al.* (2013) hanno dedicato un capitolo delle "Linee di indirizzo per i Centri diurni Alzheimer" (Masotti *et al.*, 2013) agli interventi psicosociali. Tali interventi "orientati alla cognitività si basano su tecniche di stimolazione cognitiva, di arricchimento sociale e di attivazione comportamentale.

Tali interventi possono essere effettuati nell'ambito di protocolli formalizzati o inseriti nella routine quotidiana, possono essere eseguiti singolarmente o in gruppo, con lo scopo di mantenere quanto più a lungo possibile le capacità cognitive e le abilità residue dei soggetti affetti da demenza con l'obiettivo finale di promuoverne il benessere e migliorare la qualità della vita".

Le modalità di approccio non farmacologico con dimostrata efficacia, lieve-moderata ma statisticamente significativa, sui sintomi cognitivi e sulla progressione della disabilità nella demenza in stadio iniziale ed intermedio sono:

- *Esercizio fisico*, di cui è noto il potenziale ruolo neuro-protettivo e di cui è stato dimostrato un beneficio sulle funzioni cognitive fin dalla fase di Mild Cognitive Impairment. L'attività motoria, oltre a benefici già citati sul livello cognitivo e funzionale, è associata ad un miglioramento del tono dell'umore in corso di demenza moderata-grave;
- *Training neuropsicologico* di specifiche aree cognitive, eseguito individualmente o in gruppo (Memory Training, Cognitive Training)" (De Vreese *et al.*, 2013);
- *Stimolazione cognitiva* individuale o di gruppo, formale o mediante attività ludico-ricreative. Gli interventi di stimolazione cognitiva sono interventi che prevedono lo svolgimento di attività di training su funzioni cognitive quali attenzione, concentrazione, linguaggio, memoria con un'attenzione mirata anche agli aspetti di socializzazione e l'uso della reminiscenza, solitamente svolti in gruppo secondo un approccio centrato sulla persona. La stimolazione cognitiva è riconosciuta a livello internazionale come intervento a valenza terapeutica con ricadute positive sul piano cognitivo e sul generale benessere della persona con demenza e sulla sua qualità di vita e deve essere condotta da uno psicologo esperto. I vari interventi possono essere di:
 - "Reality Orientation Therapy, volta a migliorare l'orientamento del paziente verso se stesso, la propria storia, l'ambiente circostante;
 - Terapia della Reminiscenza, volta alla stimolazione della memoria autobiografica e al recupero della propria storia personale, mediante racconti, spunti artistici, letterari, ecc.;
 - Terapia della Rimotivazione, volta ad aumentare il livello di autostima, l'interazione con gli altri ed il coinvolgimento del paziente nelle attività proposte".
- *Terapia occupazionale* (kitchen therapy, ortoterapia, giardinaggio, cura della persona...), volta a ridurre la disabilità e il carico assistenziale. Le attività occupazionali-ricreative, che tengano conto degli interessi precedenti, del-

le attitudini e delle capacità conservate, sono in grado di ridurre i comportamenti agitati in corso di demenza moderata-grave;

- *Utilizzo della musica*, che potrebbe potenziare le capacità di apprendimento e rievocazione ⁽¹⁾” (De Vreese *et al.*, 2013).

Altri interventi come la stimolazione multisensoriale (possibile beneficio della “*snoezelen*” sull’apatia e sui comportamenti agitati) l’aromaterapia e l’attività con l’ausilio di animali e *doll-therapy* possono ridurre i comportamenti agitati ed aumentare gli effetti positivi (De Vreese *et al.*, 2013).

Gli interventi multimodali di stimolazione cognitiva di gruppo associata a terapia della reminiscenza, esercizio fisico, terapia occupazionale (in pazienti in fase moderata di malattia) possono dare beneficio sia sullo stato affettivo sia sui comportamenti agitati.

Elemento comune alle varie attività, in qualsiasi stadio di malattia, è la creazione di un clima ambientale e relazionale ottimale, finalizzato a valorizzare le risorse e le capacità conservate di ogni soggetto, limitare l’isolamento sociale, favorire la condivisione delle esperienze e mantenere il senso di autostima e di identità personale. Nei limiti delle risorse disponibili, ogni attività deve essere adattata alla storia personale, al livello cognitivo-funzionale e allo stato psicologico-comportamentale degli ospiti, con l’obiettivo di formulare piani assistenziali individualizzati, finalizzati in particolare al trattamento dei BPSD. Tali attività devono essere semplici, devono tenere conto della ridotta capacità attentiva dei pazienti, non devono durare troppo a lungo per non risultare faticose e stressanti, con rispetto del coinvolgimento corporeo e multisensoriale e con enfasi sulla comunicazione verbale e non verbale. Tali tecniche possono opportunamente essere scelte e associate a seconda della tipologia degli ospiti e delle competenze specifiche degli operatori (De Vreese *et al.*, 2013).

Gli interventi psicosociali devono essere concepiti non come un modo per tenere impegnato l’anziano, ma come l’essenza della vita stessa dell’anziano, evidenziando che le attività hanno maggiore efficacia se sono parti integranti di un regime di vita normale. L’obiettivo è la creazione di una protesi individuale che tenga conto del più alto livello di motivazione a cui l’individuo si assesta, e che si adatti esattamente al tipo e al grado di disabilità

(¹) Sia l’ascolto musicale della musica preferita che la musicoterapia (intervento strutturato guidato da un operatore qualificato e comprendente l’utilizzo terapeutico della musica e dei suoi elementi), applicabili dalle fasi lievi a quelle gravi di malattia.

presenti. Per questo sono utili, oltre alle attività a carattere assistenziale, in linea con i Piani personalizzati, anche le attività di stimolo di natura ricreativa, culturale, ludica ed occupazionale presentate in modo accessibile, così che l'utente possa viverle come significative, divertenti o anche utili e gratificanti.

La flessibilità nella gestione quotidiana delle attività è un elemento imprescindibile date le caratteristiche e la variabilità dell'utenza e può essere realizzata solo grazie ad un'organizzazione del lavoro elastica e con pochi vincoli. L'équipe del Centro diurno ha infatti l'autonomia nell'arco della giornata o di più giornate, di scegliere quando effettuare determinati interventi compatibilmente con la disponibilità, le condizioni e la motivazione dell'anziano. Da questo punto di vista molto utili sono le indicazioni, da prendere come orientamenti di massima, della regione Emilia-Romagna che sintetizza nella Tab. 20 le caratteristiche e le modalità delle attività da realizzare nei Centri diurni Alzheimer (Regione Emilia-Romagna, 2006).

Tabella 20 – Caratteristiche e modalità delle attività da realizzare nei Centri diurni Alzheimer proposte dalla Regione Emilia-Romagna

Modalità	Le attività devono essere
Brevi	Durata: non più di 15-20 minuti
Compiute	Devono giungere a compimento, ciò aiuta a coglierne il significato
Divertenti	Possibilmente interessanti ed allegre
Familiari	Basate su precedenti abilità o capacità dell'anziano
Non stressanti	La persona deve essere in grado di svolgerle con successo
Personalì	Devono richiamare qualcosa che l'anziano riconosce o identifica
Realistiche	Devono avere un senso percepibile all'anziano
Semplici	Azioni singole e non sequenza. Non devono richiedere apprendimento
Utili	Percepire l'utilità di ciò che si fa, da valore al proprio operato
Attività individualizzate	Attività di gruppo
Attività individualizzate	Attività di gruppo
Attività cognitive	Attività cognitive
Attività igienico-estetiche	Attività di laboratorio/atelieristica
Attività motorie	Attività motorie
Attività casalinghe	Attività ludiche
Attività strumentali	Attività musicali
Attività religiose	Attività religiose
Attività sul territorio	

Fonte: Regione Emilia-Romagna (2006).

7.4. Il sostegno ai caregiver

Il caregiver gioca un ruolo fondamentale nella vita dell'anziano non autosufficiente, perché costituisce contemporaneamente sia la figura costantemente impegnata nel garantire l'assistenza, sia la figura quotidianamente impegnata nel sostegno emotivo al proprio caro.

Il caregiver dedica quotidianamente al proprio congiunto numerose ore di assistenza diretta e di sorveglianza. Recenti ricerche mettono in luce come le persone che assistono continuativamente persone con demenza siano sottoposte ad elevati livelli di stress, sviluppando disturbi del sonno, del tono dell'umore e lamentando scarsa efficacia nella gestione degli aspetti comportamentali e funzionali. La percezione di un carico eccessivo che è costituito dall'insieme dei problemi fisici, psicologici o emozionali, sociali e finanziari che devono affrontare i familiari di anziani con deficit fisici o cognitivi comporta: il peggioramento della qualità di vita del caregiver, l'insorgenza di sintomi depressivi, l'aggravamento di condizioni croniche quali l'ipertensione, il maggior utilizzo di servizi sanitari, il consumo di farmaci, l'aumento del numero di visite specialistiche. Economicamente le famiglie vivono una riduzione del reddito anche in conseguenza all'aumento di spese per i farmaci, badanti e strutture residenziali o semi-residenziali mentre, nelle loro relazioni sociali, sperimentano abbandono di interessi e rischio di isolamento sociale. È necessario prevedere durante l'iter diagnostico un assessment di base del caregiver per rilevare in maniera precoce il rischio potenziale di sviluppare disagio, malessere e burden al fine di adottare un approccio pro-attivo.

Contare sul contributo del Centro diurno significa per il caregiver una riduzione importante delle ore giornaliere destinate all'assistenza e alla sorveglianza del malato. Ciononostante rimane un pesante coinvolgimento del caregiver, che va supportato affinché venga ridotto il proprio impegno psicofisico e superata la sensazione di isolamento e di inadeguatezza, che possono influenzare negativamente sia la condizione del caregiver, a livello fisico, psicologico, sociale ed economico, che la qualità del compito assistenziale.

Per questo molte linee guida internazionali sulle patologie geriatriche includono, oltre alle indicazioni su diagnosi e trattamento delle malattie, anche le Raccomandazioni per il supporto delle famiglie.

Diversi studi hanno dimostrato che interventi di supporto psicologico e formativo riducono significativamente lo stato di stress dei caregiver e il rischio di istituzionalizzazione dei malati. In uno studio non italiano è stata rilevata un'associazione tra la diminuzione delle ore di assistenza fornite

dal caregiver familiare, a seguito dell'inserimento dell'anziano in un Centro diurno, e la riduzione dell'oppressione che egli percepisce a causa dei suoi doveri di cura (Gaugler *et al.*, 2003). Inoltre, in talune ricerche è stata registrata una riduzione dei punteggi riguardanti il carico evolutivo (associato al sentirsi tagliato fuori rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei) ed il carico sociale (relativo ai conflitti di ruolo con l'attività lavorativa o con il nucleo familiare), che lascia ragionevolmente supporre che il tempo liberato dal Centro diurno possa essere impiegato dal familiare per riattivare interessi e relazioni altrimenti inibiti dal peso della cura (Chattat *et al.*, 2012).

Il Centro diurno deve pertanto operare anche sul fronte dei caregiver mediante interventi di supporto, informazione e formazione dei familiari. Il CD deve saper costruire con i caregiver un canale continuativo di comunicazione e di ascolto anche attraverso riunioni collettive o incontri informali in tutte le fasi, (Simoni, 2013) che dovrà prevedere anche un percorso formativo ed un supporto psicologico per i caregiver.

Due sono gli interventi formativi e psicologici che occorre approntare:

- a) Interventi focalizzati sulle conoscenze del caregivers che mirano ad aumentare le conoscenze relative alle problematiche della malattia, alle attività di cura e ad acquisire strategie di gestione dei disturbi comportamentali del malato, nonché a far conoscere le risorse disponibili nel territorio che possano sostenere le capacità adattive dei familiari ⁽²⁾;
- b) Interventi focalizzati sulla vita affettiva e relazionale del caregiver che mirano ad analizzare sentimenti di depressione, ansia e sono tesi a modificare la reazione emotiva e comportamentale del caregiver.

La formazione operativa dovrà indirizzarsi verso il supporto al proprio assistito nelle attività quotidiane, le modalità per mantenere l'attività motoria, la corretta assunzione della terapia farmacologica e il riconoscimento degli effetti collaterali dei farmaci, la prevenzione e gestione delle sindromi

⁽²⁾ A questo proposito, per esempio, la regione Emilia-Romagna, ha previsto un'attività formativa svolta prevalentemente in gruppo che preveda l'effettuazione di 6 incontri della durata di 2 ore ciascuno con i seguenti argomenti:

1. introduzione alla malattia;
2. aspetti medici e farmacologici;
3. disturbi comportamentali e del tono dell'umore;
4. la stimolazione cognitiva e il mantenimento dell'autonomia;
5. i vissuti dei familiari;
6. la comunicazione e la presentazione dei servizi presenti sul territorio e sugli aspetti legali.

geriatriche, l'eventuale adattamento dell'ambiente domestico alla nuova condizione cognitiva del paziente.

I programmi di formazione e supporto del caregiver costituiscono dunque un vero e proprio mezzo di cura e di monitoraggio di grande efficacia e possono svolgere un'azione sinergica e di potenziamento con le altre modalità assistenziali attuate nel Centro (Simoni, 2013).

7.5. La durata della frequenza nei Centri diurni

Nei Centri diurni Alzheimer, la frequenza è temporanea. Quanto alla durata, invece, le opinioni non sono tutte coincidenti. In generale, i tempi di permanenza dovrebbero variare da un minimo di sei mesi ad un massimo di 24 mesi ma comunque in un arco di tempo non prestabilito ma determinato dal tipo di bisogno dell'ospite e del suo caregiver e finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo previsto dal progetto e degli obiettivi da realizzarsi dopo la dimissione.

Le Linee guida sui Centri diurni Alzheimer di Masotti *et al.* (2013) prevedono, invece, un frequenza massima di 3 mesi, rinnovabile. Sulla stessa linea d'onda, la regione Toscana che, sempre per i CDA, ha previsto una permanenza non prestabilita ma generalmente di 3 mesi, rinnovabili.

Non ci sono invece indicazioni precise per i Centri diurni per anziani non autosufficienti.

In Italia, sono 120 le giornate annue di frequenza media dei centri per utente (cfr. Tab. 9). Un indicatore per la verità un po' basso che potrebbe essere giustificato dalla scarsa qualità dei dati disponibili e/o dalla elevata morbidità degli anziani accolti. Questo dato è però confermato da quelli forniti dalla regione Emilia-Romagna, l'unica regione che fornisce dati completi sull'uso dei Centri diurni per anziani. In Emilia-Romagna, la media di permanenza nei Centri diurni è di 117 giorni effettivi annui. La durata della frequenza media dei Centri diurni per anziani a livello regionale è invece di circa 9-10 mesi. La rotazione degli ospiti è molto rilevante. Nel 2015, i nuovi ingressi sono stati il 45% del totale degli ospiti (Emilia-Romagna, 2016).

Nella provincia autonoma di Bolzano, invece, la permanenza nei 291 posti dove è permessa anche la presenza degli autosufficienti è più lunga. Nel 2016, il 48,5% è rimasto nel centro di assistenza diurna fino ad un anno di tempo, il 37,8% da uno a tre anni ed il 3,7% oltre tre anni (Provincia Bolzano, 2017). Ma questo dipende anche dalle diverse condizioni delle persone che vengono accolte.

7.6. Gli strumenti operativi e i documenti da conservare

Diverse regioni hanno individuato una serie di documenti o strumenti operativi da aggiornare e conservare nella struttura per migliorare la qualità dell'assistenza. Oltre al PAI e al progetto esecutivo di cui abbiamo già parlato nel cap. 6, sono stati previsti:

La cartella personale

La letteratura medica è concorde nel ritenere necessaria la realizzazione di una Cartella personale per ogni ospite.

Le "Linee di indirizzo sui Centri diurni Alzheimer" di Masotti *et al.* (2013) orientano verso una cartella strutturata e sintetica che includa indicatori di salute e di stabilità clinica; stato cognitivo, comportamentale, funzionale e socio-familiare. La cartella personale deve contenere, in particolare, i dati anagrafici del paziente e del caregiver di riferimento (insieme ai riferimenti del MMG e dell'assistente sociale di riferimento), la situazione sociale ed abitativa del nucleo familiare (i supporti assistenziali presenti e precedentemente utilizzati; tipo di abitazione ed eventuali problematiche ambientali) e le condizioni cliniche (anamnesi cognitivo-funzionale; patologie associate; terapia farmacologica; presenza di sindromi geriatriche (cadute, incontinenza urinaria, ipomobilità, malnutrizione, dolore cronico); deficit sensoriali; abitudini alimentari, alveo e sonno). La cartella, inoltre, deve contenere il PAI firmato da tutti gli operatori coinvolti con lo spazio per le successive rivalutazioni.

Solo le regioni Campania e Toscana hanno previsto esplicitamente la Cartella personale dell'ospite disponendo altresì che, fatta salva la legislazione vigente in materia di privacy, le cartelle personali, a richiesta, devono essere esibite, all'ospite, a persona da lui espressamente delegata, ai soggetti titolari della tutela e curatela nonché ai soggetti formalmente incaricati della vigilanza. Sempre in Campania, le cartelle personali, dotate di numero progressivo, sono firmate dal direttore sanitario e dal responsabile delle attività sociali, e conservate in archivio.

Il registro degli ospiti

Sei regioni (Campania, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Molise, Toscana e Veneto) hanno previsto la tenuta di un registro degli ospiti del Centro. In tale registro vengono indicati i nominativi delle persone accolte e di una persona di riferimento con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve

essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare le presenze giornaliere delle persone nel Centro.

Il registro delle consegne

Solo le regioni Campania e Toscana hanno previsto che in ogni centro deve essere presente un apposito registro a disposizione del personale, dove annotare e riportare quotidianamente, da parte di ogni operatore e per tutti gli altri operatori che si succedono nell'assistenza: segnalazioni, osservazioni ritenute di particolare rilievo per lo svolgimento delle attività giornaliere o per l'assistenza a un singolo ospite, informazioni necessarie allo svolgimento del servizio, prescrizioni tassative, suggerimenti operativi, ecc. Tutte le annotazioni devono riportare data e ora della segnalazione e firma dell'operatore.

Il diario delle attività collettive

Solo le regioni Campania e Toscana hanno previsto la redazione di un diario mensile delle attività collettive e di socializzazione svolte dagli ospiti e dei risultati raggiunti sul piano della autonomia funzionale e sociale dagli ospiti stessi, in cui devono essere indicati gli orari in cui si svolgono tali attività e gli operatori che vi provvedono.

Registro del personale

Solo le regioni Friuli-Venezia Giulia e Toscana hanno previsto, per i CD per anziani non autosufficienti l'obbligatoria tenuta, in forma cartacea e/o informatizzata del Registro del personale addetto contenente l'elenco, costantemente aggiornato, del personale, con l'indicazione dei titoli e delle mansioni nonché gli orari e i turni di presenza degli operatori, ivi compresi i volontari eventualmente presenti.

Alte regioni (per esempio la Toscana) hanno previsto la conservazione presso la struttura della seguente documentazione: tabella dietetica, registro delle terapie individuali, registro degli ausili in dotazione, autorizzazione al funzionamento, registro clinico del medico di medicina generale, cartella infermieristica.

7.7. Le procedure per la dimissione

Le dimissioni della persona accolta nel Centro diurno sono stabilite dall'unità valutativa multidimensionale che comunque le indica, anche se non in modo tassativo, nel Progetto assistenziale individualizzato.

La valutazione per pervenire ad una decisione di dimissione non dovrebbe tenere conto esclusivamente dei risultati raggiunti sulla persona, ma anche dei risultati ottenuti comparati con le risorse disponibili del servizio ricevente e della famiglia per non vanificare il lavoro svolto nel corso dei mesi e garantire un prolungamento della permanenza al proprio domicilio.

La regione Campania ha stabilito che la data delle dimissioni è indicata nel progetto sociosanitario personalizzato e nel piano esecutivo. Eventuali prolungamenti del periodo di accoglienza, su motivata proposta degli stessi soggetti che hanno facoltà di proporre l'accoglienza oltre che del Direttore della struttura, entro i dieci giorni precedenti la scadenza del periodo autorizzato, sono autorizzati dall'UVI attraverso una nuova valutazione. La data di dimissione va comunicata all'assistito e alla famiglia almeno una settimana prima dell'evento.

Purtroppo, solo la regione Emilia-Romagna e la provincia autonoma di Bolzano hanno pubblicato i dati relativi alle dimissioni dai Centri diurni. Dati indispensabili per comprendere la traiettoria degli anziani non autosufficienti ed, indirettamente, anche l'efficacia dell'intervento semiresidenziale.

In Emilia-Romagna, degli anziani dimessi dai Centri diurni in corso d'anno:

- il 54% è rientrato al domicilio;
- il 26% ha continuato il percorso assistenziale in un altro servizio residenziale o semiresidenziale;
- il 6% è stato dimesso per decesso;
- il 5% è stato dimesso per trasferimento in struttura sanitaria e un altro 5% ha cambiato tipologia di accoglienza nell'ambito dello stesso servizio;
- il 4% è stato dimesso per chiusura amministrativa (Regione Emilia-Romagna, 2016).

Nella provincia autonoma di Bolzano (i casi sono pochi dato che i posti sono 292), nel 2016, il 50,4% dei casi è stato dimesso con trasferimento ad altro centro ed il 34,3% dei casi è rientrato nella propria famiglia (Provincia Bolzano, 2017).

I dati relativi al 20% dei posti attivati sembra confermare almeno indirettamente l'efficacia dei Centri diurni nell'evitare o nel ritardare il ricovero degli anziani non autosufficienti in strutture residenziali o in ospedale tenendo anche conto dell'alto numero di persone che rientrano al loro domicilio.

8. L’orario di funzionamento

Uno degli elementi più significativi e caratterizzanti di un Centro diurno è costituito dal numero di ore settimanali di apertura. È del tutto evidente che un centro che funziona per un numero maggiore di ore e di giorni settimanali è in grado di soddisfare meglio le necessità dell’utenza. È però altrettanto evidente che il funzionamento di un maggior numero di ore determina un costo più elevato. Le regioni, ancora una volta, presentano un panorama estremamente differenziato. La grande maggioranza delle regioni prevede un funzionamento di almeno 5 giorni alla settimana rispetto ad un quarto delle regioni che prevede il funzionamento anche il sabato. Ciò che cambia in modo più significativo è il numero di ore giornaliere di funzionamento che oscilla fra le 6 e le 10 ore giornaliere. Questo fa sì che ci siano territori come la provincia autonoma di Bolzano e la Basilicata che garantiscono almeno 30 ore settimanali di apertura del Centro e come le regioni Emilia-Romagna e Sicilia che ne garantiscono 60 (cfr. Tab. 21).

Tabella 21 – L’orario di apertura dei Centri diurni

Regione	Orario di apertura	Ore settimanali minime di apertura
Basilicata, Bolzano	Almeno cinque giorni alla settimana e 6 ore ogni giorno	30
Friuli-V.G., Lazio (x almeno 10 mesi), Liguria (di norma x 12 mesi), Marche, Veneto	Almeno 5 giorni alla settimana per 7 ore giornaliere	35
Campania, Molise (di norma x 12 mesi), Piemonte (CDAA/CDAI)	Almeno 8 ore al giorno e per almeno 5 giorni a settimana	40
Trento	5 giorni in settimana per un totale di 9 ore giornaliere	45
Sardegna, Toscana (x almeno 11 mesi)	6 giorni a settimana per almeno 8 ore al giorno	48

segue

Regione	Orario di apertura	Ore settimanali minime di apertura
Piemonte (CDI e CDIA)	Almeno 5 giorni alla settimana (con preferenza per 6 giorni) per almeno 10 ore al giorno (preferibilmente dalle 8.00 alle 18.00)	50
Emilia-Romagna (290 giorni/anno), Sicilia	10 ore al giorno per 6 giorni	60
Media nazionale	Almeno 5 giorni per almeno 8 ore	39

Queste differenze sono molto significative ed influenzano notevolmente i costi e la qualità organizzativa delle strutture. La media delle regioni è comunque di 39 ore settimanali di funzionamento.

Questa grande variabilità anche nel numero di ore di apertura dei centri testimonia ancora una volta l'assenza di modelli organizzativi a cui far riferimento. Nel merito, una apertura settimanale di 30 ore appare insufficiente a realizzare un efficace supporto delle famiglie che assistono a casa un anziano non autosufficiente perché questo orario non riesce a "coprire" l'intero pomeriggio. L'operatività efficace minima è invece costituita da una apertura di 8 ore per almeno 5 giorni la settimana. L'apertura dei centri anche nelle giornate del sabato, pertanto, costituisce uno standard di grande qualità delle strutture.

9. Le tariffe e la ripartizione dei costi

9.1. Il calcolo della tariffa

Solo tre regioni – Emilia-Romagna, Puglia e Lazio – hanno indicato la metodologia per il calcolo della tariffa dei Centri diurni indicando anche gli elementi di costo di cui tener conto (cfr. Tab. 22). La regione Puglia e la regione Lazio sono le uniche regioni che hanno pubblicato sia i criteri che il calcolo puntuale per determinare il costo.

Tabella 22 – Elementi di costo per il calcolo della tariffa

Emilia-Romagna	Puglia	Lazio
<i>Fattori alberghieri</i>		
Ristorazione: colazione, pranzo, merenda	Costi per i pasti (in media 6 euro per le materie prime)	Vitto: € 6,40 per giornata
Pulizia e sanificazione ambienti compreso smaltimento rifiuti speciali e tariffa per lo smaltimento rifiuti		Pulizia e sanificazione ambienti compreso smaltimento rifiuti
Utenze: energia elettrica, gas metano, acqua	Utenze	Utenze
Affitti e noleggi di attrezzature: eventuali attrezzature per la ristorazione, le pulizie, la lavanderia	Canoni	Lavano: € 4,09 per giornata
<i>Fattori assistenziali</i>		
Personale socio-assistenziale ed educativo (tasso di assenza media per maternità e malattia pari al 10%)	Personale socio-assistenziale ed educativo: assunto a riferimento il valore medio del CCNL in vigore per le cooperative sociali, del CCNL Anaste e Uneba e AIOP	Personale: costo medio di infermiere coordinatore, infermiere, terapeuta della riabilitazione, OSS, Medico di struttura, fisioterapista
Formazione e aggiornamento personale socio-assistenziale		

segue

Emilia-Romagna	Puglia	Lazio
Materiali di consumo assistenziale e sanitario a carico del soggetto gestore: ausili protesici per i quali non è richiesta personalizzazione; materiale per medicazione; detergenti e disinfettanti; materiale vario ad assorbenza; ecc.), altro materiale di consumo assistenziale		
Divise e dispositivi di protezione individuali: camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.		
<i>Fattori amministrativi</i>		
Il costo del personale per svolgere tutte le attività amministrative necessarie compreso tenuto adeguato sistema informativo, sistema qualità e rapporti di tipo amministrativo con famigliari e utenti;	Costo del personale: assunto a riferimento il valore medio del CCNL in vigore per le cooperative sociali, del CCNL Anaste e Uneba e AIOF	
	Spese per i servizi generali, compreso il margine per gli utili di impresa	Costi di gestione
	Cancelleria	
	Consulenze	
	Altri oneri	Altro
Il costo per la formazione del personale amministrativo;		
I costi per gli organi di rappresentanza		
Assicurazioni	Assicurazioni	
Manutenzione e ammortamento beni mobili, compreso adeguato sistema informativo e utenze telefoniche e rete internet per attività amministrative e gestionali	Manutenzione, utenze	Manutenzione
<i>Fattori edilizi</i>		
Costi per ammortamenti	ammortamenti	Fitto figurativo/ammortamento
affitti		
manutenzioni ordinarie e straordinarie	Manutenzione	Manutenzione
ICI/IMU		
<i>Imposte totali</i>		
IRAP: 3,90% sulle retribuzioni erogate al personale dipendente nell'ipotesi che utili e perdite si equivalgano		
Altre imposte (bolli, tasse di registro ecc.)		

Molte voci di costo ricorrono nella metodologia di calcolo della tariffa indicata dalle tre regioni ma questo è piuttosto normale; stupisce che invece diverse voci di spesa non sono condivise da tutte e tre le regioni. Ovvero ci sono dei costi che vengono conteggiati da alcune regioni e da altre no e conseguentemente ci sono anche attività che vengono garantite ed altre presumibilmente no dato che il loro costo non viene previsto.

La regione Puglia ha indicato il calcolo analitico del costo del Centro diurno per demenze senili che si riporta nella Tab. 23.

Tabella 23 – Regione Puglia. Calcolo analitico del costo del CD per demenze senili (30 utenti)

Profilo	Num. medio (a.u.)	Costo medio annuo	Spesa totale media
<i>Personale tecnico</i>			
Coordinatore	0,33	87.584,94	28.903,03
Psicologo	0,50	35.000	17.500
Tecnico della riabilitazione	1	31.790,01	31.790,01
Infermiere professionale	0,33	32.785,82	10.819,32
Educatore professionale	4	30.241,43	120.965,72
OSS	4	26.476,67	105.906,69
<i>Personale ausiliario</i>			
Cuoco	0,5	28.826,33	14.413,17
Ausiliari (lavanderia/pulizie)	1	23.827,99	23.827,99
<i>Personale amministrativo</i>			
Responsabile amministrativo	0,5	42.566,95	21.283,47
Totale spese di personale			375.409,40
% sul totale			78,0%
Spesa pasti (€ 6 al giorno)			50.400
Spesa fitto e generali*			55.355,22
Spesa totale di gestione			481.163,62
100% occupazione p.u.			57,28
Tariffa giornaliera ricalcolata**			63,65

Note:* La spesa per costi generali e fitto/ammortamento locali è pari al 13% della spesa per il personale e della spesa per i pasti. **La tariffa giornaliera è stata considerata su 280 gg di apertura e sul 90% in media di tasso di occupazione giornaliera.

Fonte: Puglia, d.G.r. n. 3032/2010.

La regione Lazio ha reso noto il calcolo analitico realizzato per determinare la tariffa del Centro diurno per disturbi cognitivo comportamentali gravi (decreto Commissario n. 9/2016) procedendo, in primo luogo, a definire i

parametri di funzionamento dei centri sulla base dei quali sono stati calcolati i costi come indicati nella tab. 24.

Tabella 24 – Regione Lazio – Parametri di funzionamento del Centro diurno per disturbi cognitivo comportamentali

N. posti semiresidenziali	30
N. giorni di funzionamento annui (6 giorni a settimana)	312
Tasso di occupazione	98%
Superficie CD in mq (20 mq per ospite)	600
gg. di degenza	9.173

Fonte: decreto Commissario 9/2016.

Il decreto del commissario ad acta n. 9/2016 evidenzia che i costi generali di struttura sono stati calcolati tenendo conto delle rilevazioni effettuate su un campione rappresentativo di strutture. Lo stesso decreto rileva inoltre che per calcolare la tariffa giornaliera il costo complessivo di 704.997 euro è stato diviso per le giornate di degenza erogabili (98%) ed il risultato è stato incrementato di un margine di utile considerato ragionevole. La Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, rileva sempre il decreto, indica come margine utile ragionevole un tasso di rendimento del capitale non superiore al tasso SWAP pertinente maggiorato di un premio di 100 punti base. Il tasso SWAP pertinente è il tasso SWAP la cui scadenza e valuta corrispondono alla durata e valuta dell'atto di incarico. Il margine di utile considerato ragionevole è pari ai tassi EURIRS degli ultimi 5 anni, incrementato di 100 punti base. Il costo unitario della prestazione sanitaria, pertanto, è stato incrementato del 2,87% e questo ha determinato una tariffa giornaliera di 79 euro (cfr. Tab. 25).

Tabella 25 – Regione Lazio. Calcolo analitico del costo del CD per disturbi cognitivo comportamentali gravi (30 utenti)

Voci di spesa	Organico minimo	Costo unitario annuo	Costo annuo
Figure professionali			
Infermiere coordinatore	0,62	40.000	24.60
Infermiere	0,14	40.000	5.547
Terapista della riabilitazione	0,62	38.000	23.712
OSS	10,00	31.400	314.000
Medico di struttura	0,13	64.320	8.404
Fisioterapista	0,17	40.000	26.667

segue

Voci di spesa	Organico minimo	Costo unitario annuo	Costo annuo
Costi alberghieri	Costo per giornata		
Lavanoio	4,09		37.517
Vitto (2 pasti)	6,40		58.706
Pulizia e sanificazione			25.404
Smaltimento rifiuti			2.201
Costi di struttura			
Fitto figurativo/ammortamento			73.440
Manutenzione			5.875
Utenze			39.535
Costi generali			
Costi di gestione			15.000
Altro			44.029
Totale costi			704.997
+ margine di utile			2,87%
Tariffa giornaliera			79,00

Fonte: decreto Commissario n. 9/2016.

Anche in questo caso non è stato previsto il costo del trasporto. Occorre inoltre rilevare che nel personale compaiono separatamente sia il terapista della riabilitazione che il fisioterapista che, per la verità, indicano la stessa figura professionale.

Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna ha stabilito un sistema tariffario con alcuni elementi di flessibilità. La tariffa è fissata dalla regione ma questa può avere delle oscillazioni in relazione alla:

- valutazione del livello assistenziale degli utenti del servizio accreditato;
- presenza o meno degli elementi di flessibilità dei costi di riferimento;
- valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato.

La regione ha individuato un costo per la disponibilità dell'immobile, esclusa la manutenzione ordinaria e straordinaria, pari a 3,5 euro giornaliero per il Centro diurno (d.G.r. n. 273/2016).

Nel costo del lavoro sono stati già previsti i costi di sostituzione relativi alle assenze medie per maternità e malattia, tenendo conto del sistema previdenziale vigente per i soggetti gestori privati.

Uno degli elementi che può influenzare la tariffa è l'apertura del servizio inferiore alle 10 ore giornaliere (per 290 giornate annue). In caso di apertura del servizio in misura inferiore o di frequenza programmata del servizio per metà della giornata, il costo di riferimento va adeguato anche tenendo conto dell'eventuale fornitura del pasto. La diminuzione si applica per il 40% alla quota a carico del Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRNA) e per il 60% alla retta di riferimento regionale a carico dell'utente e/o dei Comuni.

Nel caso in cui il soggetto gestore applichi un contratto di riferimento, comprensivo della contrattazione di 2° livello, che comporti un costo complessivo per giornata o per ora del personale assistenziale inferiore a quanto indicato nella d.G.r. n. 273/2016, sulla base di verifiche svolte, il costo di riferimento medio come risultante dalla valutazione del case mix ed il sistema di remunerazione vengono conseguentemente adeguati con una diminuzione proporzionale. Tale riduzione va applicata per il 40% alla quota a carico del FRNA e per il 60% alla retta di riferimento regionale a carico dell'utente e/o dei comuni.

Sempre la regione Emilia-Romagna ha stabilito che occorre fare una corretta valutazione del saldo Iva per i soli soggetti gestori che operano in regime Iva di servizi accreditati per i relativi contratti di servizio. In particolare, per ciascun contratto di servizio stipulato, rinnovato o prorogato dalla data prevista dal comma 963 dell'art. 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)" si applica una maggiorazione di euro 0,40 al giorno.

Per i servizi accreditati di piccole dimensioni, ubicati in aree svantaggiate, quali territori montani e periferici dove il mantenimento del servizio allo stato attuale non può coniugarsi a processi di riorganizzazione/accorpamento, la remunerazione a carico del FRNA è aumentata del 10%.

Rientrano in questa tipologia i centri con un numero di posti accreditati minore/uguale a 10, limitatamente ai CD con:

- *ubicazione in territorio montano*: centri sino a 10 posti collocati in comuni montani;
- *ubicazione in territori con insediamenti sparsi e scarsi collegamenti* CD ad una distanza maggiore/uguale a 10 km da altri CD di piccole dimensioni (con un numero di posti accreditati minore/uguale a 10).

Per i soggetti gestori pubblici per i quali ricorrono in toto o in parte e siano oggettivamente evidenziabili:

- l'applicazione del contratto nazionale enti locali o comunque di un contratto aziendale con costi analoghi, che comporti un costo complessivo per

giornata o per ora del personale assistenziale superiore a quanto indicato nelle schede della d.G.r. n. 273/2016;

- il maggior costo per le sostituzioni (maternità e malattia) rispetto a quanto previsto nelle schede della d.G.r. n. 273/2016;
- l'applicazione di un regime fiscale IRAP più oneroso rispetto a quello previsto nell'apposita sezione della d.G.r. n. 273/2016;

dopo attenta valutazione dei singoli fattori di costo, in caso di effettiva presenza dei tre elementi sopra ricordati, può venire definito un costo di riferimento documentato in aumento rispetto a quanto nella d.G.r. n. 273/2016 di euro 2 per il Centro diurno.

Il Comitato di distretto (il comune, nel caso di coincidenza con l'ambito distrettuale, o la Giunta dell'Unione dei comuni) può prevedere che la differenza tra l'eventuale maggior costo di riferimento del servizio accreditato rispetto al costo di riferimento regionale possa essere posta a carico del FRNA esclusivamente a condizione che per il Centro diurno per anziani sia applicata la retta di riferimento regionale a carico degli utenti e/o dei comuni.

Ai soggetti pubblici gestori di servizi accreditati, ai quali si applica un regime fiscale IRAP più oneroso rispetto a quello previsto nell'apposita sezione della d.G.r. n. 273/2016, è da attribuire un ulteriore riconoscimento in ragione dell'aumentato divario della imposta IRAP in conseguenza dell'applicazione di quanto previsto dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190 pari ad euro 1,00.

La regione Emilia-Romagna, infine, ha stabilito che i soggetti commitenti, avvalendosi del supporto e delle competenze tecniche degli Uffici di Piano, raccolgono dai soggetti gestori, prima della stesura del contratto di servizio, tutte le informazioni sulle effettive caratteristiche del servizio finalizzate a verificare in modo condiviso e trasparente la presenza o meno degli elementi di flessibilità gestionale che possono determinare la riduzione e/o l'aumento del costo di riferimento e il relativo adeguamento del sistema di remunerazione.

9.2. Le tariffe dei Centri diurni per anziani

Molte regioni hanno stabilito le tariffe dei Centri diurni.

La tariffa media dei Centri diurni per anziani non autosufficienti è di 48,46 euro al giorno ma le differenze fra una regione e l'altra rimangono ele-

vate. La tariffa più bassa si registra nel Molise con 30,00 euro al giorno mentre la più elevata è oltre il doppio di questa ed è stata stabilita in 64,93 euro al giorno dalla regione Campania (cfr. Tab. 26).

Tabella 26 – Tariffe giornaliere nei Centri diurni per anziani non autosufficienti

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Abruzzo	2016	Centro diurno anziani	35	17,50	17,50
Bolzano	2018	Centri di assistenza diurna	54+3,70 (pasto)		12,50 (aut) 16-25-35-42 (x grado n.a.) +3,70 pasti
Campania	2014	CD anziani	64,93	32,46	32,46
Emilia-Romagna	2016	Centro diurno base	51,05	21,70+ trasporto max 2,5	29,35+ trasporto max 2,5
Friuli-V.G.	2010	CD Anziani non autosufficienti		10,5-12,5	Utente: 14-30,50; trasporto 4,50
Liguria*	2013	CD 1° livello	33,90	18,59	15,31+ trasporto
Lombardia	2010		50,40 (media)	29,60 almeno 8 ore consecutive, 15 da 4 a 8 ore 3 meno di 4 ore	Media 21,80/die (2009)
Marche	2014	SR Anziani	35,00	17,50	17,50+ trasporto
Molise	2017	CD anziani	30,00	15,00	15,00
Piemonte	2013	CDI-CDIA	46,00	23,00	23,00
Sardegna***			59-64	29,50-32,00	
Toscana	2009	CD non autosufficienti	32-63 51,88 media	31,39 (2014)	28,53 media
Trento	2015	CD esterno	56,98		
		CD integrato	48,55		
		Servizio presa in carico diurna continuativa	38,52		

segue

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Umbria	2009	Centro diurno	58,00	29,00	29,00
Valle d'Aosta	2007	Centro diurno			20,66 (media)
Veneto	2010	Centro diurno		27,99	
Media		Cd anziani na	48,46	24,51	25,47**

Note: * I CD della Liguria non sono esplicitamente per non autosufficienti ma per soggetti con vario grado di non autosufficienza. **La quota sociale a carico dell'utente/comune ha tenuto conto del costo del trasporto sommando, quando non indicato diversamente, un costo giornaliero di 4,50 euro per utente. *** Sardegna: La norma prevede che la tariffa e la quota sanitaria siano pari al 50% di quella prevista per le RSA che però prevede due tariffe giornaliere di 118 e di 128 euro al giorno in base alle condizioni del paziente.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Campania d. n. 92/2013; E. Romagna d.G.r. n. 273/2016, Liguria d.G.r. n. 969/2008; Lombardia d.G.r. n. 399/2010; Marche d.G.r. n. 1195/2013; Molise d. 5/2011; Piemonte d.G.r. n. 85-6287/2013; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Umbria d.G.r. n. 1708/2009; Veneto d.G.r. n. 1673/2010.

Si conferma l'idea che il costo delle strutture semiresidenziali, tendenzialmente, siano pari al 50% di quelle residenziali. Infatti, la tariffa media equivale al 47,0% della tariffa media giornaliera delle RSA per anziani (Pesaresi, 2016).

La tariffa media dei Centri diurni demenze/Alzheimer è invece di 61,34 euro al giorno, il 27% in più rispetto al Centro diurno per anziani non autosufficienti. La tariffa media equivale al 51,4% della tariffa media giornaliera delle RSA per Alzheimer (Pesaresi, 2016). Anche in questo caso le differenze fra le regioni sono grandi: la tariffa più bassa si registra nella regione Abruzzo con 45,00 euro al giorno e la più alta nel Lazio con 78 euro al giorno (cfr. Tab. 27).

Tabella 27 – Tariffe giornaliere nei Centri diurni per anziani affetti da demenza/Alzheimer

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Abruzzo	2016	Centro diurno demenze	45	45	0
Campania	2014	CD demenze	70,65	35,33	35,33
Emilia-Romagna	2016	CD livello disturbi del comportamento	59,05	29,70+ trasporto max 2,5	29,35+ trasporto max 2,5
Friuli V.G.	2018	CD Alzheimer		18,00 ****	Utente: 37,50-47; trasporto 4,50

segue

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Lazio	2016	CD per disturbi cognitivi comportamentali gravi	78,00		
Liguria*	2013	CD 2° l. disturbi cognitivi	45,19	32,84	12,35+trasporto
Lombardia	2010		50,40 (media)	29,60 almeno 8 ore consecutive 15 da 4 a 8 ore 3 meno di 4 ore	Media 21,80/die (2009)
Marche	2014	SRD demenze	58,00	29,00	29,00+trasporto
Molise	2017	CD demenze	40,00	20,00	20,00
Piemonte	2013	CDAA-CDAI Alzheimer	70	35,00	35,00
Puglia	2010	CD demenza	63,65		+trasporto
Toscana	2009	CD non auto-sufficienti		34,53 per demenze	28,53 media
Trento ⁽¹⁾	2015	Cd Alzheimer	73,76		
		Servizio presa in carico diurna continuativa per soggetti affetti da demenza	57,36		

segue

⁽¹⁾ La provincia di Trento ha previsto tariffe diverse nei primi giorni di presenza e dal 19° giorno di presenza così come indicato di seguito. Nelle tabelle 10 e 11 sono indicate solo le tariffe a regime.

Tipologia di centro	1-12	Dal 13° al 18°	Dal 19° in poi
Centro diurno esterno	60,50	58,74	56,98
Centro diurno integrato	50,00	49,25	48,55
Centro diurno Alzheimer	77,28	75,52	73,76
Servizio presa in carico diurna continuativa	28,52		
Servizio presa in carico diurna continuativa per soggetti affetti da demenza con gravi disturbi del comportamento	57,36		

Fonte: d.G.r. n. 2226/2014.

Regione	Anno deliberazione	Struttura	Tariffa complessiva	Di cui a carico del SSR	Di cui a carico dell'utente/comune
Valle d'Aosta	2007	CD Alzheimer	77		
Media		CD demenze	61,34	29,92	29,38**

Note: * I CD della Liguria non sono esplicitamente per non autosufficienti ma per soggetti con vario grado di non autosufficienza. **La quota sociale a carico dell'utente/comune ha tenuto conto del costo del trasporto sommando, quando non indicato diversamente, un costo giornaliero di 4,50 euro per utente. ***Nella colonna della quota sanitaria abbiamo considerato anche la Toscana che non ha previsto una tariffa specifica per i CD alzheimer ma che all'interno dei CD anziani ha previsto una specifica quota sanitaria per gli anziani con demenza. ****La contribuzione sanitaria di 18 euro al giorno viene abbattuta del 30% qualora la presenza giornaliera sia inferiore alle 5 ore.

Fonte: Abruzzo l.r. n. 5/2008; Campania d. 92/2013; Liguria d.G.r. n. 969/2008; Lombardia d.G.r. n. 399/2010; Marche d.G.r. n. 1195/2013; Molise d.C.a. n. 60/2017; Piemonte d.G.r. n. 85-6287/2013; Puglia d.G.r. n. 3032/2010; Umbria d.G.r. n. 1708/2009; Veneto d.G.r. n. 1673/2010.

La Toscana, infine, è l'unica regione che ha stabilito una tariffa per i Centri diurni per anziani autosufficienti fissata in un range 18-46 euro.

Tutte le tariffe sono sensibilmente diverse da quelle desumibili dal documento della Commissione nazionale LEA dal titolo "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (Ministero della salute, 2007) ⁽²⁾ che su questo punto appaiono però incoerenti. Ciò che colpisce di più è, ancora una volta, l'estrema ed ingiustificata variabilità delle tariffe approvate dalle diverse regioni che in alcuni casi raggiungono il rapporto di uno a due.

Trasporto al centro diurno

In quasi metà delle regioni, le tariffe appena indicate non comprendono il costo del trasporto al Centro diurno che deve essere sostenuto con una spesa aggiuntiva dall'utente o dal comune (cfr. Tab. 28).

⁽²⁾ In realtà tale documento non indica delle tariffe di riferimento ma i dati forniti sul costo complessivo dell'assistenza semiresidenziale per anziani e sul numero per un numero di posti da realizzare permette di stimare il costo a giornata che è di 85 euro al giorno per un Centro diurno per anziani non autosufficienti e di 57 euro per un centro diurno Alzheimer che lavorino per 11 mesi per 6 giorni alla settimana. L'ipotesi appare però incoerente dato che a fronte di standard assistenziali più elevati si evidenzia un costo giornaliero dei Centri diurni Alzheimer sensibilmente più basso del centro diurno per anziani non autosufficienti.

Tabella 28 – Il trasporto al Centro diurno e la tariffa

Regione	Norma di riferimento	Oneri del trasporto
Marche, Valle d'Aosta	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Gli oneri sono a carico dell'utenza e/o del comune.
Emilia-Romagna	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Oneri aggiuntivi ripartiti equamente al 50% fra ASL ed utente/comune. Costo massimo 5 euro al giorno.
Liguria	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Il costo definito direttamente con l'utente sulla base della distanza percorsa, del numero dei soggetti trasportati e di altre eventuali variabili sino ad un massimo del 50% della tariffa complessiva giornaliera a persona (ovvero max 14,95 – 22,60).
Puglia	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Il servizio è garantito dalle ASL. I comuni e gli utenti concorrono in misura non superiore al 60 per cento del costo, restando a carico della ASL la quota residua.
Friuli Venezia Giulia	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	Costo aggiuntivo giornaliero di 4,50 euro.
PA Trento	Le tariffe non sono comprensive del trasporto	La provincia autonoma rimborsa ai centri 0,59 € per km percorso (extra tariffa).
Abruzzo, Campania, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto	Nulla si dice per cui si presume che le tariffe siano comprensive del trasporto	

Fonte: norme in bibliografia.

In Emilia-Romagna, poiché esistono modalità diverse per assicurare il trasporto dal domicilio al Centro diurno e viceversa, si prevede in caso di effettiva fruizione del trasporto, in rapporto agli effettivi costi sostenuti e comunque sino ad un massimo di norma di euro 5 al giorno, la possibilità di incrementare il costo di riferimento del servizio accreditato, aumento da attribuire in parti eguali alla quota a carico del Fondo Regionale per la Non autosufficienza ed alla retta a carico dell'utente e/o del comune.

L'esperienza ha dimostrato che il trasporto è indispensabile per un servizio diurno che accoglie persone non autosufficienti. È parte integrante del servizio semiresidenziale. Non prevederlo – come alcune regioni hanno fatto – significa nascondere una parte del costo effettivo del servizio per poi scaricare furbescamente tutto il suo costo sugli utenti senza dover rispettare le norme di legge che impongono una equa ripartizione dei costi fra il sociale e il sanitario.

Nel complesso si può affermare che ci sono delle variabili importanti che influenzano le tariffe stabilite dalle singole regioni. Esse sono:

- a) i diversi standard assistenziali;
- b) la diversa apertura oraria settimanale dei centri;
- c) la presenza o meno del trasporto;
- d) i diversi CCNL assunti come punto di riferimento per il calcolo dei costi.

La gran parte delle differenze può essere spiegata dalle variabili indicate, ciononostante rimangono diversi sistemi tariffari regionali ancora confusi ed incoerenti. Valga per tutti l'esempio che non trova una valida spiegazione delle tariffe dei Centri diurni Alzheimer che hanno un importo mediamente superiore del 27% dei Centri diurni per anziani non autosufficienti mentre gli standard assistenziali sono mediamente superiori del 36%.

9.3. La ripartizione dei costi

Il tema della ripartizione dei costi è piuttosto complesso, fa capo a diversi livelli di governo, ma è sostanzialmente riconducibile ai seguenti argomenti:

1. la suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale;
2. la suddivisione della spesa sociale fra utente e comune e, all'interno di questo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente.

Questi due argomenti vanno valutati insieme perché le decisioni che vengono prese da un soggetto hanno conseguenze immediate anche negli altri. Le regole e le quote di partecipazione alla spesa delle ASL, dei comuni e delle famiglie sono strettamente interdipendenti. È del tutto evidente, per fare un esempio, che se la regione decide di coprire una certa quota sanitaria di spesa delle strutture semiresidenziali questa influisce automaticamente sulla dimensione della rimanente quota sociale.

Le regioni sono competenti ad intervenire su tutti e due i nodi indicati per cui il loro ruolo è strategico ma devono comunque rispettare le indicazioni che vengono stabilite con il decreto sui livelli essenziali (LEA).

La prima ripartizione della spesa avviene fra il settore sanitario e quello sociale. Questa ripartizione è regolata da norme statali che possono essere integrate da norme regionali. Ogni regione deve rispettare il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 che prevede una ripartizione dei costi dei Centri diurni per anziani non autosufficienti al 50% a carico della sanità e del 50% a carico dell'utente o del comune.

L'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie del 2001 (d.P.C.M. 14 febbraio 2001), il decreto sui LEA (d.P.C.M. 29 novembre 2001) e il successivo d.P.C.M. 12 gennaio 2017 hanno stabilito che per tutte le prestazioni sociosanitarie e quindi anche per l'assistenza semi-residenziale, la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo attribuita in modo forfettario (non legata ai fattori di produzione forniti) alle due componenti. Anche per questo è "furbesca" la sottrazione del costo del trasporto dei Centri diurni dalla determinazione della tariffa perché sottrae il 50% del suo costo dagli oneri sanitari.

Le regioni hanno la possibilità di aumentare la quota di spesa sanitaria per i Centri diurni oltre il 50% ma devono dimostrare che la maggiore spesa viene finanziata da fondi propri regionali e non dal fondo sanitario nazionale. Le spese sono dunque sostenute dalla ASL, per quel che riguarda la quota di spesa sanitaria stabilita dalla regione mentre la quota rimanente viene posta a carico della spesa sociale e quindi a carico dell'utente e/o del comune.

Per la suddivisione dei costi le regioni italiane hanno formalmente stabilito una percentuale onnicomprensiva, senza alcuna distinzione relativa alle singole prestazioni sociosanitarie erogate. La maggioranza delle regioni ha adottato la stessa ripartizione della spesa prevista dalla normativa nazionale. In 4 casi, le regioni hanno approvato delle quote sanitarie superiori al 50%.

La regione Abruzzo ha stabilito che nel caso del Centro diurno demenze il costo venga addebitato al 100% al Servizio sanitario regionale mentre nel Centro diurno anziani il costo va ripartito al 50% fra sociale e sanità (cfr. Tab. 29). Questa ripartizione della spesa al 100% a carico della sanità del Centro diurno demenze è stata possibile perché la regione Abruzzo non ha collocato il Centro diurno demenze fra le strutture di mantenimento per anziani ma fra le strutture che erogano attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali nonché a persone con problemi psichiatrici all'interno delle previsioni del decreto LEA del 2001. La previsione della regione Abruzzo, utile per gli utenti, appare forzata rispetto alla normativa vigente.

Tabella 29 – I costi del Centro diurno per gli anziani a carico del SSN nelle regioni italiane

Prestazioni semiresidenziali	A carico del SSN	A carico del SSN	A carico del SSN	A carico del SSN
Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità, ivi compresi interventi di sollievo alla famiglia.	dal 25% al 49%	50%	dal 51% al 75%	100%
	Emilia-Romagna (CD base), Friuli-Venezia Giulia	Abruzzo (escluso CD Demenze), Campania, Emilia-Romagna (CD demenze), Lazio, Liguria, Marche, Molise*, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Veneto	Calabria, Liguria (CD demenze), Lombardia, Toscana	Abruzzo (solo per Centro diurno Demenze)

Nota: *solo il CD integrato.

Occorre però rilevare che in due casi (Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia), le regioni hanno approvato delle quote sanitarie inferiori al 50% delle tariffe anche se questo contrasta con il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (cfr. Tab. 29). Questo ultimo aspetto è confermato dai dati della regione Emilia-Romagna, l'unica regione che fornisce i dati sulle quote di spesa effettivamente sostenute dai vari soggetti. In tale regione, i costi per i Centri diurni per anziani sono sostenuti per il 53,3% dagli assistiti (pari a circa 25 euro giornaliero), per il 40,9% dagli enti pubblici; per il 0,5% da donazioni 0,5% e per il 6,5% da altre entrate.

La spesa di competenza del sociale viene invece ripartita fra l'utente (e la sua famiglia) e il comune di residenza. I comuni italiani decidono come ripartire la spesa sulla base di criteri regionali, laddove deliberati. La ripartizione dei costi fra i due soggetti dovrebbe seguire dei criteri regionali che il più delle volte non sono stati emanati per cui la suddivisione avviene con ampia autonomia comunale in modo assai eterogeneo e con differenziazioni da un comune all'altro che si basano sul particolare servizio erogato e sulle condizioni economiche dell'ospite e della sua famiglia.

Il diverso livello di compartecipazione familiare al costo dei servizi dipende da scelte politiche locali sul livello di equità nell'erogazione del servizio che si vuole determinare, dalla dimensione del bisogno (numero di non autosufficienti presenti, ecc.) e dalle risorse a disposizione. Agendo su questi aspetti, la compartecipazione alla spesa interviene sia sulla sostenibilità fi-

nanziaria dei servizi per la non autosufficienza (finanziandoli) e sia sulla regolazione del rapporto fra domanda e offerta (selezionando la domanda) per cui si tratta di un potente strumento di politica sociale (Busilacchi e Pesaresi, 2005).

9.4. La quota sanitaria

La quota sanitaria media è di 24,51 euro al giorno nei Centri diurni per anziani non autosufficienti. La più bassa pari a 10,5-12,5 euro si registra in Friuli-Venezia Giulia mentre la più alta, pari a 32,46 euro si registra in Campania (cfr. Tab 26).

Nei Centri diurni Alzheimer, invece, la quota sanitaria media che viene rimborsata dalle ASL ai gestori è di 29,92 euro al giorno (+22,1% rispetto al CD per anziani non autosufficienti). Anche in questo caso le differenze regionali sono molto elevate e agli estremi troviamo sempre il Friuli-Venezia Giulia (18,0 euro) e l'Abruzzo (45,0 euro) (cfr. Tab. 27) ⁽³⁾.

Non si può fare a meno di rilevare che le differenze, fra le varie regioni, sono enormi.

Nel complesso però, la quota del 50% di spesa sanitaria, indicata dalla maggioranza delle regioni, viene rispettata, almeno nelle medie, in ambedue le tipologie di Centro diurno. In qualche caso, la percentuale di copertura sanitaria è superiore al 50%.

Farmaci e presidi

Quando si valuta la quota sanitaria occorre tener conto anche delle forniture gratuite di beni e servizi che il Servizio sanitario garantisce direttamente ai Centri diurni pubblici e privati. Fra questi rientrano, per esempio, i farmaci, le protesi, i presidi per l'incontinenza, i prodotti per la nutrizione enterale e parenterale, ecc.

Le regioni Liguria ed Emilia-Romagna, molto opportunamente, hanno voluto precisare le forniture gratuite garantite agli ospiti dei Centri diurni.

La regione Liguria ha precisato che la fornitura dei farmaci è a carico delle ASL attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il

⁽³⁾ La regione Emilia-Romagna per i Centri diurni dedicati alle demenze che assicurano il rispetto dei criteri di eleggibilità, la capacità ricettiva, e tutti i requisiti la quota a carico del FRNA è di 42 euro giornaliera pro capite sino al termine massimo del 31 dicembre 2018.

coinvolgimento degli Enti gestori. I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.), le forniture protesiche comprese nel Nomenclatore tariffario e i prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti sono a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

In Emilia-Romagna, sono garantite direttamente dall'AUSL:

- la fornitura dei farmaci previsti nel prontuario terapeutico e nei piani terapeutici personalizzati;
- l'approvvigionamento generale dei dispositivi medici di uso corrente necessari per il governo dei processi terapeutici di seguito indicati:
 - somministrazione e gestione di terapia infusiva ed intramuscolare, sottocutanea, ecc. (aghi, cateteri venosi, deflussori e raccordi, siringhe);
 - somministrazione e gestione di terapia antalgica;
 - gestione del cateterismo vescicale (kit per cateterismo vescicale, cateteri vescicali, sacche per raccolta urine, tappi);
 - somministrazione e gestione nutrizione enterale con PEG o SNG e parenterale, (sacche, deflussori, raccordi, nutrizioni enterali e parenterali e integratori);
 - somministrazione terapia O2 (maschere, occhiali e sondini per erogazione di ossigeno);
 - processo diagnostico, dispositivi medici di uso corrente necessari (pungidito, strisce reattive, glucometro, necessario per l'effettuazione esami ematici e laboratoristici, sistemi tipo vacutainer, aghi per prelievi compresi aghi butterfly, contenitori per escreti e secreti, ecc.);
 - gli ausili protesici di cui al d.m. n. 332/1999, esclusi gli elementi che non richiedono interventi di personalizzazione (es. materassi e cuscini antidecubito generici, tavolini per seggette ecc.);
 - i dispositivi diagnostico terapeutici per utenti diabetici ed i dispositivi medici per il trattamento di persone con patologie riconosciute ai fini dell'esenzione;
 - le pompe per nutrizione enterale e parenterale;
 - l'ossigeno per O2 terapia, tramite prescrizione nominale;
 - le prestazioni mediche per diagnosi e cura;
 - il coordinamento medico di ambito distrettuale;
 - l'assistenza specialistica.

Sempre la regione Emilia-Romagna ha stabilito che, in presenza di bisogni di salute particolari, riconosciuti dall'AUSL e necessitanti ulteriori forniture di dispositivi medici e apparecchiature medico terapeutiche questi de-

vonno essere forniti direttamente dall'AUSL, sulla base di una specifica intesa che definisca modalità di segnalazione, valutazione, fornitura, manutenzione e gestione delle eventuali emergenze, in collegamento con il competente servizio dell'AUSL. Nel contratto di servizio l'AUSL può, sulla base di specifiche esigenze riconosciute dalla programmazione, previo assenso del soggetto gestore, definire accordi con il soggetto gestore di servizi accreditati per la fornitura da parte del soggetto gestore di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle ordinariamente previste e in precedenza elencate, concordando contestualmente le modalità di remunerazione e gli standard di prodotto e delle forniture.

9.5. Compartecipazione alla spesa dell'utenza

Solo 6 regioni hanno definito i criteri per la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti (cfr. Tab. 30). Tutte le altre hanno lasciato che siano i singoli comuni a definirle.

Tabella 30 – Definizione dei criteri per la compartecipazione da parte delle regioni italiane

Regioni	Criteri per la compartecipazione	Soglia di esenzione ISEE	Soglia per 100% quota sociale	Retta a carico dell'utente
Abruzzo	In base al reddito misurato con l'ISEE	Fino a € 8.000	Oltre € 36.000	Scaglioni graduali di compartecipazione progressiva approvati dai regolamenti di ambito sociale
Campania	In base al reddito misurato con l'ISEE	Fino a € 9.530,56 (che rimane nella disponibilità dell'utente)	Oltre € 25.911,37	Metodo di calcolo predefinito in rapporto al reddito ISEE
Emilia-Romagna	Definite delle linee guida a livello di distretto sanitario			
Friuli Venezia Giulia	In base alle ore di frequenza, al grado di non autosufficienza e alla fruizione del trasporto			Metodo di calcolo non definito ad eccezione del trasporto
Molise	In base al reddito misurato con l'ISEE	Fino a € 7.000,00	Oltre € 16.501,00	Metodo di calcolo predefinito nel caso non lo definiscano i comuni
Toscana	In base al reddito misurato con l'ISEE	Fino a € 7.445,59	Oltre € 23.826,40	Metodo di calcolo non definito (ma previsti almeno 21 scaglioni)

Fonte: delibere in bibliografia.

Quattro regioni (Abruzzo, Campania, Molise e Toscana) su cinque hanno stabilito di fissare le quote di compartecipazione in base al criterio del reddito del beneficiario della prestazione il che vuol dire, in generale, che ci saranno delle soglie di esenzione e delle quote variabili di compartecipazione.

Tutte e quattro le regioni che hanno scelto di legare la quota di compartecipazione al reddito degli utenti hanno utilizzato lo stesso schema: una soglia inferiore di esenzione totale, una soglia superiore di reddito ISEE senza agevolazioni ed un quota di compartecipazione graduata legata al reddito per chi ha un ISEE intermedio fra le due soglie.

Le soglie ISEE di esenzione totale dalla compartecipazione vanno dai 7.000 euro del Molise ai 9.530,56 euro della Campania (cfr. Tab. 30). In Campania e in Toscana (7.445,59 euro) inoltre, la soglia d'esenzione rimane in disponibilità all'assistito per cui non può essere utilizzata per pagare eventuali quote di compartecipazione che dovessero intaccarla. In genere, si ritiene che tali soglie di esenzione totale siano piuttosto elevate. In Abruzzo, invece, la quota che deve comunque rimanere nella disponibilità dell'utente per le spese personali e che non può essere intaccata dalla quota di compartecipazione deve essere pari ad almeno il 30% del trattamento minimo pensionistico INPS.

La soglia di reddito ISEE oltre il quale l'utente paga interamente la retta sociale passa dai 16.501 euro del Molise ai 25.911,37 della Campania.

Gli utenti che invece avranno un valore ISEE intermedio fra le due soglie dovranno pagare una quota di compartecipazione legata al proprio reddito ISEE.

In **Campania** il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota agevolata di compartecipazione al costo del servizio scaturente dalla seguente formula:

$$Comp\ i\ j = I.S.E.E.i * CS0 / I.S.E.E.o$$

dove:

Comp i j rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto *i* relativa alla prestazione sociale *j*;

I.S.E.E.i rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente;

CS 0 rappresenta il costo unitario della prestazione;

I.S.E.E.o rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione.

In sostanza, per fare un esempio, un anziano con un ISEE di 12.000 euro pagherebbe 15 euro al giorno che però potrebbe non pagare totalmente perché

comunque occorre mantenere nella disponibilità dell'anziano almeno 9.530,56 euro annui. Il resto della quota sociale dovrebbe essere pagato dal comune ⁽⁴⁾.

Nella regione **Molise** sono i comuni singoli o gli Ambiti territoriali sociali a stabilire con un regolamento la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi nell'ambito dei limiti minimi e massimi già indicati. Qualora i comuni singoli o associati in Ambiti sociali non adottino il regolamento la percentuale di compartecipazione al costo dei servizi e interventi è già stata stabilita dalla regione con la Tabella 31.

Tabella 31 – Regione Molise: Quote di compartecipazione sociale alle spese dei Centri diurni

Valori ISEE	Quota di compartecipazione ISEE
< 7.000,00	0%
da 7.001,00 a 8.500,00	15%
da 8.501,00 a 10.000,00	30%
da 10.001,00 a 11.500,00	45%
da 11.501 a 14.000,00	60%
da 14.001 a 16.500,00	75%
> 16.501,00	100%

La regione Friuli-Venezia Giulia invece ha fissato i seguenti criteri per la definizione delle quote di compartecipazione dell'utenza: ore di frequenza del Centro, grado di non autosufficienza e utilizzo del trasporto.

In Emilia-Romagna, il Comitato di distretto adotta le linee di indirizzo omogenee a livello di ambito distrettuale per la determinazione della contribuzione a carico dei cittadini che poi dovrà essere stabilita dagli enti pubblici (comuni, unioni, ecc.) interessati.

Nel contratto di servizio che dovranno essere stipulati fra il distretto sanitario e il soggetto gestore del servizio viene definita anche la retta a carico degli utenti e/o dei comuni nel rispetto dei criteri che comunque la regione Emilia-Romagna ha indicato nel modo che segue per i CD:

⁽⁴⁾ Si hanno pochissime informazioni sul finanziamento della quota sociale dei Centri diurni e su come si ripartisce fra utenti e comuni. Nella regione Lazio, nel 2009, la maggioranza degli utenti dei Centri diurni per anziani fragili (essenzialmente Roma) non compartecipava alla spesa. Infatti per il 47% dei casi erano totalmente a carico degli enti pubblici, per il 33,1% erano parzialmente a loro carico e ricevevano una integrazione da parte degli enti pubblici, per il 15,5% erano totalmente a carico di loro stessi, per il 4,4% erano a carico della struttura (Regione Lazio, 2009).

- la retta a carico degli utenti/comune non può essere superiore alla retta di riferimento regionale come eventualmente rivista e rideterminata per il servizio accreditato in base ai criteri di flessibilità;
- nel caso di adozione da parte dei comuni di un criterio di compartecipazione alla spesa differenziato in base al reddito e al patrimonio, in attesa della definizione di linee regionali omogenee, il limite della tariffa di riferimento va riferito alla media della contribuzione posta a carico degli utenti;
- i comuni possono comunque determinare una retta generalizzata a carico degli utenti inferiore alla retta di riferimento regionale, assicurando in tal caso la necessaria copertura finanziaria.

Inoltre nel contratto di servizio devono essere definiti i rapporti tra comuni, soggetto gestore, utenti e familiari per quanto riguarda le determinazioni e la gestione delle integrazioni delle rette per i cittadini che non sono nelle condizioni di far fronte alla retta nella misura determinata, nel rispetto della normativa ISEE vigente.

Il Comitato di distretto può decidere di assicurare nei servizi accreditati standard di qualità superiori (con riferimento a tutti gli aspetti: organizzativi, assistenziali, strutturali) a quelli richiesti per l'accreditamento definitivo, garantendo comunque che tale scelta non costituisca una limitazione alla possibilità di accesso ai servizi. In tal caso la maggiore copertura finanziaria, che non può gravare sul Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), è garantita dai comuni stessi che possono anche far ricorso, previo accordo con le parti sociali, ad un adeguamento della retta a carico degli utenti con una maggiorazione, proporzionale al maggior livello di qualità aggiuntiva garantito, che comunque non può superare il 10% del limite massimo indicato a livello regionale per la quota a carico degli utenti.

Nel contratto di servizio, inoltre devono essere definite in modo chiaro, trasparente e condivise le modalità di pagamento delle rette a carico degli ospiti nel rispetto dei seguenti principi:

- la retta è giornaliera e non può essere pagata anticipatamente rispetto al mese di competenza;
- la quota a carico del FRNA e la quota a carico dell'utente/comune sono riconosciute dal primo giorno di ingresso nel servizio, sino al giorno di dimissione o decesso compreso. In caso di trasferimento ad altro servizio accreditato, la retta a carico degli ospiti è riconosciuta fino al giorno precedente il trasferimento al servizio da cui l'ospite è stato dimesso e dal giorno dell'inserimento al servizio ricevente, mentre la quota FRNA è

riconosciuta per il giorno del trasferimento, sia al servizio da cui l'ospite è stato dimesso che al servizio ricevente.

Nel complesso, c'è scarsa attenzione da parte delle regioni italiane per le tematiche della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente. Poche regioni hanno determinato i criteri di riferimento che peraltro propongono criteri e/o parametri che divergono l'uno dall'altro. Prevalge comunque l'ipotesi di tener conto dei redditi dell'utente nella determinazione della retta a suo carico. Nella maggior parte dei casi, pertanto, la determinazione delle quote di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti viene stabilita dai comuni di residenza degli stessi, tenuto anche conto che, spesso, anche le regioni che hanno definito dei parametri di riferimento hanno lasciato un certo spazio discrezionale ai comuni. Il risultato è che le quote a carico dell'utenza e dei comuni differiscono da un comune all'altro in tutto il territorio nazionale.

Come misurare il reddito degli utenti

Laddove viene richiesta la valutazione dei redditi, questa deve essere fatta con l'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) regolato dal d.P.C.M. n. 159/2013 ("Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente").

Come è noto, l'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e sociosanitarie e ferme restando le prerogative dei comuni.

Che cosa vuol dire? Significa che l'uso dell'ISEE è obbligatorio per l'accesso e la definizione del livello di compartecipazione al costo.

L'ISEE è costituito da due parti: l'Indicatore della situazione reddituale (ISR) che valuta i redditi correnti del richiedente e l'Indicatore della situazione patrimoniale (ISP) che valuta invece il patrimonio.

Il decreto prevede sei diverse tipologie di ISEE in relazione alla tipologia di prestazione richiesta, che sono:

1. ISEE standard o ordinario, per la generalità delle prestazioni;

2. ISEE Minorenni con genitori non coniugati tra loro e non conviventi le per prestazioni agevolate rivolte a minorenni;
3. ISEE Università, per l'accesso alle prestazioni per il diritto allo studio universitario;
4. ISEE Sociosanitario per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria (escluse le residenziali). Si applica anche ai corsi di dottorato;
5. ISEE Sociosanitario-Residenze, per i ricoveri nelle RSA, residenze protette, residenze assistenziali;
6. ISEE corrente calcolato con riferimento ad un periodo di tempo più ravvicinato al momento della richiesta della prestazione.

Le diverse tipologie di ISEE presentano metodologie di calcolo differenziate basate soprattutto su un diverso nucleo familiare di riferimento.

Chi vuol accedere alle strutture semiresidenziali per anziani richiedendo una prestazione agevolata deve presentare un ISEE sociosanitario.

Per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria rivolte a persone di maggiore età, l'ISEE viene calcolato in riferimento al nucleo familiare formato dal beneficiario, dal coniuge, dai figli minori di anni 18, nonché dai figli maggiorenni non coniugati, senza figli e conviventi, o a suo carico ai fini IRPEF.

9.6. Le assenze

Gli anziani accolti nei Centri diurni sono spesso assenti soprattutto a causa delle loro condizioni di salute. Il fenomeno è conosciuto anche se abbiamo pochissimi dati su questo aspetto. Per esempio, in Emilia-Romagna, gli ospiti dei Centri diurni che sono stati assenti a causa di ricoveri ospedalieri sono stati il 26% e, in questi casi, l'assenza media per ricoveri ospedalieri è stata di 16,5 giornate all'anno. Ma ancora di più ha inciso l'assenza per malattia (Emilia-Romagna, 2013).

Per questo uno dei temi più significativi quando si va a determinare la retta è proprio quello di come effettuare la ripartizione dei costi fra i vari soggetti nel caso di assenza dell'anziano per malattia, ricovero ecc.

Tre regioni, molto opportunamente, hanno regolato la materia in caso di assenza temporanea dello stesso.

La normativa regionale dell'**Emilia-Romagna**, per esempio, prevede il mantenimento del posto, in un limite massimo di giornate definito, per una serie di assenze. Dal Flusso Far, emerge un utilizzo circoscritto, ma diffuso

in tutte le realtà territoriali di questa opportunità. La tipologia di assenza con mantenimento del posto prevalente nei Centri diurni è l'assenza programmata che interessa (5% delle giornate), seguita dalla malattia (3%) e dai ricoveri ospedalieri (2%) (Emilia-Romagna, 2016). In caso di mantenimento del posto, viene previsto il versamento di una quota della retta a carico degli ospiti del 45% della retta giornaliera ed il riconoscimento del 45% della quota a carico del FRNA nei seguenti casi: ricoveri ospedalieri, soggiorni climatici o terapeutici, e assenze (rispetto agli accessi previsti nel piano individualizzato) causate da malattia dell'ospite documentate da certificazione medica nel limite massimo di giornate definito nel contratto di servizio.

La regione **Liguria** ha previsto che per le assenze di una o più giornate viene corrisposta una tariffa pari al 70% della tariffa sia sanitaria che di partecipazione.

La provincia autonoma di **Trento** ha stabilito che l'utente non partecipa alla spesa nelle giornate di assenza dovute a malattia o ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo presso RSA e quelle relative ai soggiorni climatici protetti organizzati dallo stesso soggetto che gestisce il servizio semiresidenziale; altre assenze sono disciplinate nel modo indicato nella Tab. 32. La tariffa relativa alla presa in carico diurna continuativa, anche per persone con demenza con gravi disturbi del comportamento, viene dimezzata nel caso di utenti che frequentano mezza giornata senza fruire del pasto.

Tabella 32 – Provincia di Trento. Compartecipazione dell'utenza in caso di assenza

Tipologia di assenza	Compartecipazione	Occupazione posto
Malattia certificata dal medico – ricovero H o temporaneo RSA	0%	Oltre i 30 gg continuativi occupazione posto con reintegro del titolare appena possibile
Assenze per cambio di domicilio fino a 30 giorni continuativi	0%	
Assenze per cambio di domicilio oltre 30 giorni continuativi	0%	Occupazione posto con reintegro immediato del titolare
Assenze per altri motivi fino a 3 gg/mese di freq. effettiva	80%	
Assenze per altri motivi oltre 3 gg/mese di freq. effettiva	100%	
Assenze per altri motivi oltre 3 settimane continuative	100%	Dimissione

9.7. La spesa complessiva

In base alle tariffe stabilite dalle regioni il costo annuo stimato dei Centri diurni per anziani è di 217 milioni di euro circa (cfr. Tab. 33).

Tabella 33 - Il costo dei Centri diurni (stima)

Tipologia	Costo complessivo	Spesa sanitaria	Spesa degli utenti e dei comuni
Centro diurno per anziani non autosufficienti	181.294.615	88.410.878	92.883.737
Centro diurno Alzheimer	35.570.360	16.855.641	18.714.719
TOTALE	216.864.975	105.266.519	111.598.456

Note: La stima del costo complessivo è stata calcolata utilizzando la tariffa media delle regioni, ipotizzando un funzionamento medio di 248 giorni all'anno (media regionale) ed un tasso di utilizzo del 90%. Inoltre è stato aggiunto il costo del trasporto (stimato in 4,50 euro al giorno) al centro ipotizzando che il costo aggiuntivo previsto da diverse regioni abbia riguardato il 40% dei posti. La spesa sanitaria è stata calcolata utilizzando la quota sanitaria media delle regioni.

I dati di fonte sanitaria (AGENAS, 2009)⁽⁵⁾ e dell'ISTAT per la parte sociale della spesa non ci aiutano molto. I dati che provengono dall'indagine ISTAT sulla spesa comunale relativa al 2015 ci dicono che la spesa comunale per i Centri diurni per anziani è stata di 38.876.458 euro che sono serviti ad assistere 56.184 utenti. La spesa media comunale è stata di 692 euro annui per assistito (ISTAT, 2017). Il basso costo unitario sostenuto dai comuni per gli utenti e gli alti numeri dei beneficiari (ben superiore ai frequentanti i Centri diurni) ci fa pensare che tali costi si riferiscano in parte significativa ai centri sociali per anziani o ai Centri diurni per anziani autosufficienti. A questi oneri si aggiungono poi le spese dei comuni per integrare le rette degli anziani che non hanno abbastanza risorse per pagarle. Questi oneri ammontano a 7.397.307 euro utilizzati per sostenere le rette di 5.916 utenti.

⁽⁵⁾ La nostra stima non è in linea con alcuni dati – gli ultimi disponibili – dell'AGENAS (2009) che rilevava, per il 2007, una spesa media per anziano residente per i Centri diurni pari a 13,92 euro che corrisponde ad una spesa sanitaria complessiva di 164 milioni di euro. I dati sulla spesa dell'AGENAS, che hanno il vantaggio di coprire tutte le regioni, appaiono però non sempre convincenti dato che non confermano ai livelli più elevati di spesa le stesse regioni che esprimono anche i livelli di offerta più elevati. Inoltre, i dati dell'AGENAS, opportunamente disaggregati, ipotizzano una contribuzione sanitaria giornaliera sensibilmente superiore (41 euro al giorno) a quanto stabilito formalmente dalle regioni.

Non ci è dato sapere se le spese per il trasporto degli utenti sono computate in questa voce di spesa oppure nella voce definita come “trasporto sociale” e da cui risulta una spesa per il 2015 di oltre 20 milioni di euro.

Con qualche incertezza e grande approssimazione, si può pertanto ipotizzare una spesa comunale per i Centri diurni per non autosufficienti e per Alzheimer di almeno 46.273.765 euro (pari al 41,5% della quota sociale) e, conseguentemente, una spesa dell’utenza non superiore a 65.324.691 euro. Andare oltre ci pare difficile con i dati disponibili.

Questo comunque comporta che gli utenti paghino mediamente una quota giornaliera di almeno 15 euro nei Centri diurni per anziani non autosufficienti e di almeno 18 euro nei Centri diurni per demenze/Alzheimer.

10. Carta del servizio e regolamento

L'art. 13 della l. n. 328/2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali") prescrive che ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti. La carta dei servizi è condizione necessaria, benché non sufficiente, perché l'ente possa essere accreditato presso la pubblica amministrazione, entrando così a far parte del sistema dei servizi pubblici promossi e coordinati dagli enti locali. Il secondo comma dello stesso articolo stabilisce che nella carta dei servizi sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

I contenuti irrinunciabili della carta del servizio del Centro diurno sono pertanto i seguenti:

1. Quali sono i criteri per accedere al servizio compresi i costi a carico dell'utente;
2. In che modo il servizio funziona;
3. Come si facilita la valutazione del servizio da parte degli utenti;
4. Quali sono le procedure di tutela degli utenti.

Quasi tutte le regioni (Basilicata, Bolzano, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Piemonte, Toscana, Trento, Valle d'Aosta, Veneto, ecc.) hanno previsto l'obbligo della Carta del servizio per i Centri diurni.

La regione Campania ha previsto che la carta dei servizi deve contenere, tra le altre, anche le informazioni relative a:

- a) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli ospiti e delle loro famiglie, che devono essere tecnicamente corrette e proteggere la riservatezza;

b) le modalità di rilevazione della soddisfazione degli operatori, anche queste tecnicamente corrette e riservate.

La Carta dei servizi deve essere esposta al pubblico in maniera visibile.

La regione Lombardia ha stabilito, invece, che la Carta dei servizi necessaria per l'accreditamento deve indicare: i servizi offerti; l'ammontare della retta; la possibilità di visite guidate alla struttura; la modalità di accoglienza, di presa in carico e di dimissione degli ospiti; la modalità di riconoscimento degli operatori, il menù tipo; il sistema di valutazione della soddisfazione degli ospiti, delle famiglie, degli operatori, e deve infine allegare la Carta dei diritti dell'anziano il questionario di soddisfazione per ospiti e familiari.

Occorre rammentare che la Carta del servizio è redatta allo scopo di fare conoscere il centro alla cittadinanza ed in particolare agli ospiti dell'assistenza diurna in modo trasparente e vincolante. La Carta del servizio deve esplicitare in maniera chiara e sintetica il target, la missione, le caratteristiche del servizio, le modalità di funzionamento del servizio (orari, modalità di accesso, prestazioni minime garantite, tariffe e il relativo pagamento), le modalità operative attraverso le quali gli ospiti dell'assistenza diurna possono presentare reclami e proposte di cambiamento ai responsabili della gestione del servizio e come venga tenuto conto di queste proposte. La carta del servizio deve essere aggiornata periodicamente. Il servizio deve assicurare un controllo sul rispetto degli impegni contenuti nella carta stessa.

Ma, anche in questo caso, le regioni, pur prevedendo la presenza della Carta del servizio non hanno previsto dei contenuti omogenei.

Il presente volume, proprio per facilitare la costruzione di una carta del servizio del centro diurno completa, efficace e rispettosa delle normative propone, fra gli allegati del libro, la carta dei servizi del centro diurno per anziani non autosufficienti dell'Altavaldelsa (Allegato 1) che risulta essere particolarmente curata.

Regolamento interno

Diverse regioni (Basilicata, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Toscana e Veneto), oltre alla Carta del servizio, hanno previsto anche il regolamento del Centro diurno che deve essere affisso, in modo ben visibile, all'ingresso del Centro.

Le regioni Campania, Friuli-Venezia Giulia e Toscana hanno individuato dettagliatamente ciò che il regolamento interno dei Centri diurni deve garantire. Si tratta di argomenti per lo più ripetitivi della Carta del servizio e

quindi inutili riproposizioni ⁽¹⁾. In qualche raro caso ci sono disposizioni non

⁽¹⁾ I contenuti del Regolamento del Centro diurno definiti dalle regioni Campania, Friuli-Venezia Giulia e Toscana sono i seguenti:

- il diritto al rispetto della libertà e dignità della persona, alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza nonché all'informazione ed alla riservatezza (Campania);
- la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione, dentro il Centro diurno, favorendo con orari adeguati la visite dei familiari e amici, ed al di fuori del Centro diurno, consentendo all'ospite, compatibilmente con le sue condizioni psicofisiche, la libertà di movimento anche all'esterno della struttura (Campania);
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago (Campania);
- la socializzazione, all'interno del Centro diurno, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio (Campania);
- la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo (Campania);
- il diritto per gli ospiti ed i loro rappresentanti legali nonché le persone da essi delegate di:
 - a) ottenere tutte le informazioni necessarie per conoscere le patologie in corso ed i relativi trattamenti di riabilitazione;
 - b) individuare tutto il personale dei Centri diurni mediante cartellini di identificazione;
 - c) avanzare alla direzione eventuali doglianze o reclami ed ottenere risposta entro il termine fissato nel regolamento interno;
 - d) ricevere notizia, per iscritto e preventivamente, dell'importo delle rette corrispondenti ai vari tipi di trattamento;
 - e) conoscere la carta dei servizi vigente nei Centri diurni;
 - f) recarsi all'esterno delle strutture sempreché le condizioni psicofisiche lo consentano e sia assicurato, se necessario, l'accompagnamento da parte di familiari, amici, conoscenti, volontari ovvero di operatori dei Centri diurni. Ogni ospite, o suo tutore, è tenuto ad indicare al personale l'intenzione di uscire dalla struttura. In tali casi il personale dovrà rendere edotta la persona degli eventuali rischi che potrebbero derivare dalla assenza delle protezioni messe in uso nel ricovero e l'ospite, o i suoi familiari, sono invitati a dare indicazione dell'orario di rientro. Di ogni uscita il personale della struttura deve tenere la registrazione (Campania);
- il progetto della struttura (Toscana);
- la dotazione complessiva del personale e relativi compiti, attribuzioni e responsabilità per ciascuna categoria, nonché l'orario di lavoro ed i criteri per la formulazione dei turni di lavoro previsti dal presente regolamento, in conformità a quanto previsto nei CCNL di lavoro (Campania, Friuli-V.G., Toscana);

condivisibili come quelle sulle uscite degli anziani non autosufficienti all'esterno del CD. In realtà il regolamento del Centro diurno dovrebbe limitarsi a definire le norme di funzionamento del centro e le regole di convivenza all'interno dello stesso.

-
- la tipologia dei soggetti a favore dei quali è svolta l'attività (Campania, Toscana);
 - le norme igienico-sanitarie (Campania);
 - le finalità degli interventi (Campania);
 - l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo agli orari dei pasti e alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato (Campania, Friuli-V.G.);
 - le prestazioni erogate (Toscana);
 - l'indicazione delle prestazioni a pagamento e l'importo delle relative tariffe (Campania, Friuli-V.G., Toscana);
 - le modalità per la raccolta, l'esame e la valutazione dei segnali di disservizio, delle osservazioni, delle opposizioni, delle denunce nonché dei reclami da parte degli ospiti, delle loro famiglie e delle organizzazioni rappresentative degli utenti e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini (Campania);
 - le modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal servizio sanitario regionale (Campania);
 - capacità ricettiva, giornate e orari di apertura del servizio (Friuli-V.G., Toscana);
 - organizzazione della vita comunitaria (Friuli-V.G.);
 - norme generali di comportamento degli utenti (Friuli-V.G., Toscana);
 - procedure di ammissioni e dimissioni (Friuli-V.G., Toscana);
 - documentazione gestita dal servizio semiresidenziale (Friuli-V.G., Toscana);
 - tabella dietetica validata dall'Azienda per l'assistenza sanitaria territorialmente competente (Friuli-V.G.).

11. Gli indicatori

Gli indicatori sono misure utilizzate per descrivere in modo sintetico un fenomeno complesso e capace di fornire, attraverso il confronto con uno standard o valore soglia, informazioni utili per valutare il fenomeno, renderne edotti gli stakeholder ed, eventualmente, prendere decisioni e avviare iniziative di miglioramento. Non è una misura diretta della qualità, ma una misura quantitativa della performance che può essere impiegata per monitorare e migliorare la qualità dell'assistenza.

L'esperienza ha insegnato che gli indicatori da rilevare devono essere pochi, facilmente rilevabili, efficaci e selettivi nella rappresentazione della realtà. Diversamente finiscono per essere abbandonati e scomparire dagli strumenti di valutazione dell'attività erogata.

Il documento della commissione nazionale LEA sulle "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del 2007 ha definito gli indicatori di verifica che sono riferiti al livello di adesione agli standard, nonché alla disponibilità e accessibilità del servizio: questi indicatori rientrano propriamente nella sfera di verifiche dei LEA e devono essere deducibili da un flusso informativo nazionale continuo e coerente (cfr. Tab. 34).

Tabella 34 – Indicatori nazionali dei Centri diurni per anziani non autosufficienti

Codici di attività	Tipologia	Indicatori
SR	Centro diurno per anziani non autosufficienti	Numero p.l per 1.000 anziani Numero pz in lista d'attesa Durata media attesa
SRD	Centro diurno per anziani con demenza	Numero p.l per 1.000 anziani Numero pz in lista d'attesa Durata media attesa

Fonte: Documento Commissione nazionale LEA "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (2007).

Questi, tuttavia, sono indicatori importanti per verificare la diffusione dei Centri diurni nelle regioni italiane e per valutarne indirettamente il bisogno ma non ci dicono nulla sul funzionamento dei Centri diurni. L'indi-

viduazione degli indicatori che lavorano sul funzionamento dei Centri diurni spettano invece alle regioni. Le regioni italiane hanno trascurato questo aspetto dato che solo 4 regioni (Lazio, Lombardia, Toscana e Veneto) hanno identificato un sistema di indicatori per verificare i livelli di appropriatezza nell'accoglienza degli utenti e la qualità dell'assistenza.

Regione Lombardia

Un discorso a parte merita la regione Lombardia che ha definito un imponente sistema di nuovi indicatori di appropriatezza, per tutti i servizi erogati nelle unità d'offerta sociosanitarie, finalizzati a favorire, nell'ambito del sistema sociosanitario lombardo, l'uniformità metodologica per il sistema di controllo del processo assistenziale, con particolare attenzione all'appropriatezza dei servizi erogati (d.G.r. n. X/1765/2014). Si tratta di un sistema molto puntuale, non specifico per i Centri diurni ma per tutte le strutture sociosanitarie, molto focalizzato sul sistema dei controlli.

Nelle intenzioni della regione Lombardia, il sistema dei controlli deve garantire sempre più l'applicazione del concetto di appropriatezza. I controlli di appropriatezza sono effettuati dalle ASL e sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo in cui si trovino (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate). Presupposto per effettuare il controllo di appropriatezza è la tenuta, la completezza, l'affidabilità, la correttezza, la congruenza delle informazioni contenute nel Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FASAS ⁽¹⁾), predisposto a partire

⁽¹⁾ Il FASAS ovvero il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il FASAS è comprensivo:

- delle sezioni anamnestiche riferite ai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- della sezione relativa all'analisi/valutazione della situazione del singolo utente e, ove necessario e opportuno, del suo contesto familiare. Tale sezione comprende la documentazione riferita ad aspetti sanitari e/o assistenziali e/o psico-sociali che attestino le valutazioni cliniche, relazionali, delle abilità funzionali dell'utente, ecc. Tale sezione deve essere debitamente aggiornata con gli esiti delle eventuali rivalutazioni che dovessero rendersi necessarie nel periodo di presa in carico dell'utente. In particolare, dovrà contenere:

dal momento della presa in carico della persona assistita, che contiene tutta la documentazione obbligatoria riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale nella specifica unità d'offerta. Le norme regionali prevedono che i controlli di appropriatezza effettuati dalle ASL sulle unità d'offerta sociosanitarie debbano essere volti a verificare:

1. la corretta classificazione della fragilità degli utenti, nel rispetto alle indicazioni regionali e/o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
2. la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato

-
- a) l'indicazione degli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione);
 - b) le valutazioni dei diversi professionisti in funzione del bisogno rilevato e può coinvolgere a seconda della situazione tutte o alcune delle seguenti aree tematiche:
 - area medica;
 - area psicologica;
 - area sociale;
 - area infermieristica;
 - area riabilitativa;
 - area educativo-animativa;
 - area dell'assistenza tutelare;
 - c) della sezione relativa al percorso dell'utente nell'unità d'offerta. Tale sezione deve dare evidenza della Progettazione, della Pianificazione e attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e/o delle procedure adottati nelle diverse aree interessate, come sopra individuate.

Costituiscono parte indispensabile di tale sezione la presenza:

- del Progetto Individuale (P.I.) relativo all'assistito (PRI – Progetto Riabilitativo Individuale nella riabilitazione);
- della Pianificazione degli interventi – PAI (Piano assistenziale individuale)/PEI (Piano Educativo Individuale/PRI (programma riabilitativo individuale), ecc.;
- il Diario che può assumere diverse denominazioni in funzione delle figure professionali coinvolte nella Progettazione e nella Pianificazione (a titolo esemplificativo: diario clinico-assistenziale, diario infermieristico, diario educativo, animativo, ecc.). Pertanto, le unità d'offerta sociosanitarie secondo la propria organizzazione potranno redigere un unico Diario con sequenza cronologica di eventi e interventi, o più sezioni del Diario redatte da ciascuna figura professionale, comunque tutte collocate nel FASAS, costituenti parti integranti e sostanziali di un unico Diario personale.
- i fogli unici di terapia farmacologica ove prevista;
- la sezione relativa alla modulistica comprendente:
 - i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati;
 - i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti;
 - la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista.

mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico funzionali-assistenziali utili all'espletamento delle verifiche;

3. la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale con quanto definito dal Progetto individuale e dalla Pianificazione degli interventi;
4. l'evidenza nel Diario dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate da parte delle figure professionali appropriate.

In tale contesto, l'appropriatezza della presa in carico è definita dal fatto che, dati determinati bisogni della persona, identificati attraverso la valutazione multidimensionale, vengano progettati, pianificati, attuati e monitorati interventi appropriati.

Approccio metodologico per la costruzione degli indicatori di appropriatezza assistenziale: "generali" e "specifici"

L'approccio metodologico seguito per la costruzione degli indicatori di appropriatezza assistenziale è stato il seguente:

1. definizione delle principali fasi/attività che caratterizzano il processo assistenziale nell'ambito del sistema sociosanitario (a) Valutazione/rivalutazione multidimensionale dell'utente; b) Definizione di una Progettazione; c) Pianificazione degli interventi sulla base degli obiettivi previsti; d) Attuazione, monitoraggio e verifica degli esiti);
2. individuazione delle aree più significative o "aree di appropriatezza specifica" per ciascuna tipologia di struttura/utenza;
3. identificazione, nell'ambito delle "aree di appropriatezza specifica", degli indicatori di ciascuna unità d'offerta che consentono di valutare l'appropriatezza di una o più fasi del processo assistenziale.

Rispetto a ciascun indicatore "generale" e "specifico" sono state definite le seguenti informazioni:

- la descrizione: indica l'informazione sintetica che si intende rilevare;
- il campione: identifica un sottoinsieme specifico e/o con particolari caratteristiche di una definita popolazione/universo, rispetto al quale verrà calcolato l'indicatore;
- la modalità di calcolo: descrive le modalità secondo le quali deve essere determinato l'indicatore;
- la fonte: individua le fonti documentali, in via non esclusiva, da utilizzare per effettuare le verifiche;
- la modalità di verifica: descrive le modalità secondo le quali dovrà essere svolta l'attività di verifica dell'indicatore.

Sulla base di questa metodologia la d.G.r. n. X/1765/2015 definisce un set minimo di indicatori “generali” e “specifici” finalizzati a favorire l’uniformità metodologica per l’attuazione del processo assistenziale e del relativo sistema di controllo (cfr. Tabb. 35 e 36).

Tabella 35 – Lombardia. Indicatori di appropriatezza generali

Generali					
N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
1	Presenza della valutazione /rivalutazione multidimensionale dei bisogni	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni/ N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS: 1. Documentazione attestante la Valutazione/rivalutazione multidimensionale	Ai fini del calcolo dell’indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la presenza di una valutazione/ rivalutazione multidimensionale dei bisogni
2	Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è presente la progettazione, la pianificazione e la tracciabilità degli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell’indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, l’esistenza della progettazione, della pianificazione e della tracciabilità degli interventi attuati
3.1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la valutazione multidimensionale risulta coerente con la progettazione/ N. totale di FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell’indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della valutazione multidimensionale rispetto alla progettazione
3.2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la pianificazione risulta coerente con gli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell’indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della pianificazione rispetto agli interventi attuati

segue

N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
4	Congruenza tra i dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali i dati del flusso informativo / debito informativo risultano congruenti con quanto contenuto nel FASAS/ N. totale di FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato: 1. Flussi informativi/debito informativo 2. Documentazione sociosanitaria all'interno del FASAS 3. Eventuale osservazione diretta della persona	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la congruenza tra i dati in esso contenuti e quanto rendicontato attraverso i flussi informativi /debito informativo

Note: Gli indicatori 1, 2, 3.1 e 3.2 non si applicano nel caso in cui gli utenti usufruiscano di mono prestazioni presso le UDO (ad es. visita ginecologica, pap-test, colloquio di consultazione presso Consultorio, prelievi a domicilio, ecc.). Relativamente agli indicatori 1, 2, 3.1 e 3.2, quando applicati all'ADI/ADI CURE PALLIATIVE per i controlli in itinere, il campione di riferimento sarà l'utente campionato per i controlli in itinere, e non il FASAS. Pertanto, la modalità di calcolo, la fonte e la modalità di verifica si focalizzano sulla documentazione presente al domicilio degli utenti campionati. Relativamente all'indicatore 1, in merito al processo di valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni e all'indicatore 2, relativamente all'elaborazione della progettazione si precisa che, per l'ADI ordinaria, l'adempimento è in carico alle ASL.

Fonte: Lombardia d.G.r. X/1765-2015.

Controlli di appropriatezza nella classificazione utente/prestazioni erogate

Il controllo si basa sulla verifica di coerenza tra la classificazione dell'utente risultante dai flussi di rendicontazione/debito informativo e l'esito della valutazione/rivalutazione dell'utente rintracciabile nel FASAS o dall'osservazione diretta dell'utente.

Le équipe preposte al controllo di appropriatezza devono verificare che l'indicazione dei livelli di fragilità dei parametri descritti sia sostenuta in modo congruente dalla documentazione raccolta nel FASAS. L'équipe di controllo nel caso in cui lo ritenga necessario potrà provvedere all'osservazione diretta dell'utente, in presenza di un operatore della struttura. In tutte le unità d'offerta, ove non è prevista una classificazione delle fragilità, si procederà al controllo di coerenza interna tra elementi documentali del FASAS e/o di coerenza tra gli elementi documentali del FASAS e le informazioni contenute nei flussi di rendicontazione/debito informativo.

In merito alle unità d'offerta, ove non è prevista una classificazione delle fragilità, si prevedono le seguenti fattispecie di incoerenza:

- assenza di FASAS;

- assenza di Progetto individuale (nel caso della riabilitazione PRI);
- assenza della Pianificazione degli interventi (PAI, PEI, PRI, ecc.);
- assenza del Diario;
- presenza della prestazione nei flussi di rendicontazione/debito informativo, ma assenza della stessa nella documentazione a riscontro (es: prestazioni in flusso di rendicontazione in misura eccedente quanto registrato in FASAS);
- non appropriata erogazione della prestazione nei modi previsti dalle normative di settore;
- prestazione erogata in assenza delle dovute prescrizioni mediche o in caso di presenza di prescrizione non compilata ai sensi della norma vigente;
- prestazione non appropriata rispetto alle indicazioni previste nelle certificazioni/prescrizioni mediche;
- non tracciabilità dell'effettiva e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali.

Nelle sopra descritte evenienze l'onere economico verrà decurtato in ragione del 30% per l'intero periodo contestato.

Controlli di appropriatezza sulla congruenza tra FASAS e flussi di rendicontazione/debito informativo

Il controllo si basa sulla verifica di congruenza tra quanto riportato nella documentazione sociosanitaria (FASAS) e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico-funzionali-assistenziali utili all'espletamento delle verifiche.

Controlli di appropriatezza assistenziale

La d.G.r. n. X/1765/2015 ha definito anche un set minimo di indicatori "specifici" per i Centri diurni integrati (CDI) (cfr. Tab. 36) da applicarsi esclusivamente alla tipologia di unità d'offerta cui si riferiscono.

Tabella 36 – Lombardia. Indicatori di appropriatezza specifici dei CDI

Area di appropriatezza specifica	N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
Cadute	1.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stato valutato il rischio caduta/N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente documentato: attestazione della valutazione del rischio caduta	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS campionati, la presenza della valutazione del rischio caduta
	1.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive /trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	N. FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti, sottoposti a misure preventive/trattamentali/ N. totale FASAS di utenti valutati a rischio di caduta e/o caduti	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS, l'attuazione di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti campionati a rischio di caduta e/o caduti

segue

Aree di appropriatezza specifica	N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
Contenzione fisica	2.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica	FASAS di utenti per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica al momento del controllo o precedentemente	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica/N. totale FASAS di utenti campionati per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica	FASAS di ciascun utente campionato: 1. Diario con prescrizione medica completa 2. Scheda di monitoraggio 3. Evidenza documentale del coinvolgimento del Medico di cure primarie nella prescrizione medica	Al momento del controllo deve essere verificata, per tutti i FASAS di utenti campionati in cui è rintracciabile l'utilizzo di strumenti di contenzione: a) la presenza della prescrizione medica completa dei seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione all'uso - eventuali pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - il n° di ore / la frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - le modalità di controllo quotidiano dello strumento - le tempistiche di revisione periodica della prescrizione dello strumento (almeno trimestrale) b) la presenza di schede di monitoraggio coerenti con le modalità di controllo quotidiano dello strumento, previste dalla prescrizione medica, con riscontro di eventuali danni direttamente o indirettamente attribuibili alla contenzione stessa

segue

Aree di appropriatezza specifica	N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
	2.2	Percentuale di FASAS di utenti sottoposti a contenzione fisica che contengono il consenso informato all'utilizzo sottoscritto	FASAS di utenti con prescrizione medica dei mezzi di contenzione	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile, al momento del controllo o precedentemente, la prescrizione medica completa per i mezzi di contenzione fisica/N. totale FASAS di utenti campionati per i quali risulta il ricorso alla contenzione fisica	- FASAS di ciascun utente campionato: Consenso informato all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica	Al momento del controllo deve essere verificata, all'interno del FASAS, la presenza del consenso informato sottoscritto all'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica per tutti i FASAS di utenti campionati in cui è rintracciabile la prescrizione medica di mezzi di contenzione fisica
Dolore	3	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile la valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato: documentazione attestante la valutazione del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata la presenza, all'interno dei FASAS campionati, della valutazione del dolore effettuata con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona
Nutrizione/ idratazione	4.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico/N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato: documentazione attestante la valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, la presenza di una valutazione dello stato nutrizionale e dell'apporto idrico

segue

Aree di appropriatezza specifica	N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
	4.2	Percentuale di FASAS di utenti, valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione, sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive/trattamentali	FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione	N. FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione sottoposti a monitoraggio e/o a misure preventive trattamenti/N. totale FASAS di utenti campionati valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'attuazione del monitoraggio e/o di misure preventive/trattamentali per tutti i FASAS di utenti valutati a rischio/stato di malnutrizione e/o di disidratazione
Psicosociale	5.1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è stata effettuata l'anamnesi sociale e familiare	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali viene effettuata un'anamnesi sociale e familiare/N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato: Documentazione attestante l'anamnesi sociale e familiare	Al momento del controllo deve essere verificata per tutti i FASAS di utenti campionati la presenza della documentazione attestante la raccolta dell'anamnesi sociale e familiare completa dei dati relativi a: a) parte anagrafica b) caregiver/rete familiare c) livello di istruzione/ vita lavorativa d) interessi/abitudini di vita e) eventuale presenza di una forma giuridica di protezione

segue

Aree di appropriatezza specifica	N.	Descrizione indicatore	Campione	Modalità di calcolo	Fonte	Modalità di verifica
						f) inserimento nell'UDO (relazioni con gli altri ospiti, con gli operatori, con i famigliari/caregiver/reti di prossimità/servizi istituzionali)
	5.2	Percentuale di FASAS di utenti per i quali sono stati individuati obiettivi personalizzati per le attività animative/educative individuali e/o di gruppo	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali si identificano obiettivi individualizzati nell'attività di animazione/educazione/N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno del FASAS, l'esistenza di Obiettivi individualizzati di area psico-sociale per tutti i FASAS di utenti campionati
Cognitiva	6	Percentuale di FASAS di utenti, con deterioramento cognitivo, per i quali è prevista una specifica progettazione	FASAS di tutti gli utenti con $MMSE \leq 19$	N. FASAS di utenti per i quali è prevista una specifica progettazione/N. totale FASAS di utenti con $MMSE \leq 19$	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, la presenza di una specifica progettazione per gli utenti con deterioramento cognitivo
Attività motoria	7	Percentuale di FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti coinvolti in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti/N. totale FASAS di utenti campionati	FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS campionati, il coinvolgimento in programmi di attività motoria appropriati alle condizioni degli utenti

Fonte: Lombardia d.C.r. n. X/1765-2015.

Esito dei controlli di appropriatezza

Gli indicatori individuati costituiscono gli elementi minimi di base da cui non è possibile prescindere nell'ambito del processo assistenziale. Pertanto, per ogni indicatore, a tutela di ogni utente, il livello di accettabilità ovvero la soglia che deve essere rispettata al di sotto della quale si prevede l'applicazione del sistema sanzionatorio è pari al 100%. Tuttavia, è prevista una soglia di tolleranza del 5% come clausola di salvaguardia statistica dell'errore sul valore totale degli indicatori applicabili ai FASAS campionati per il controllo.

Ne consegue che il livello di accettabilità complessivo risultante dall'esito del controllo è pari al 95%.

Il livello di accettabilità complessivo è calcolato come il rapporto percentuale tra la somma degli indicatori soddisfatti e la somma degli indicatori applicabili, a seguito di sopralluogo ispettivo e conseguente verbalizzazione. Fatta salva l'applicazione della sanzione amministrativa, l'esito dei controlli può determinare:

- la rideterminazione della tariffa secondo la nuova classificazione di fragilità;
- la decurtazione pari al 30%;
- il mancato riconoscimento economico della prestazione.

Le regioni Lazio, Toscana e Veneto

Le altre tre regioni, Lazio, Toscana e Veneto, che si sono occupate degli indicatori con un disegno più tradizionale, hanno identificato, nel complesso, ben 49 indicatori (cfr. Tabb. 37 e 38) che non coincidono mai con quelli individuati da un'altra regione.

Tabella 37 – Indicatori individuati dalle regioni

Indicatori	Lazio	Toscana	Veneto
Profilo di offerta	X		
Tasso di occupazione	X		
Indice di turn over	X		
Durata media dell'ospitalità	X		
Case mix assistenziale	X		
22 indicatori di qualità dell'assistenza (indicati nella Tab. 39)	X		
Numero utenti colpiti da lesioni traumatiche (incidenti) all'interno della struttura / Numero utenti transitati nella struttura		X	
Numero incidenti di contaminazione per gli operatori della struttura nell'ambito della gestione e manipolazione di materiali biologici / monte orario annuale degli operatori con funzioni assistenziali		X	

segue

Indicatori	Lazio	Toscana	Veneto
Numero incidenti avvenuti ad operatori della struttura nell'ambito della movimentazione dell'utente / monte orario annuale degli operatori con funzioni assistenziali		X	
Numero corsi di formazione attivati nell'anno / Numero corsi di formazione programmati nell'anno		X	
Numero operatori che hanno frequentato almeno un corso di formazione nell'anno / Numero operatori		X	
Numero soggetti esterni organizzati coinvolti nelle attività di animazione		X	
Numero verifiche progetti personalizzati/Numero progetti personalizzati		X	
Indice di turn-over operatori		X	
Numero reclami inerenti il servizio di ristorazione (cibo) / Numero totale reclami		X	
Numero progetti personalizzati con obiettivi raggiunti / Numero progetti personalizzati elaborati		X	
Percentuale di risposta alle indagini di soddisfazione degli utenti		X	
Numero reclami inerenti il mancato rispetto degli impegni dichiarati nella carta dei servizi / Numero reclami		X	
Numero attività di socializzazione e di animazione intraprese / Numero attività di socializzazione e di animazione programmate		X	
Numero di incontri effettuati annualmente dalla struttura con gli utenti in riferimento agli obiettivi generali del servizio		X	
Numero di incontri effettuati annualmente dalla struttura con gli operatori in riferimento alla progettazione e all'erogazione del servizio		X	
Incidenza delle attività educative/di animazione			X
Incidenza delle attività di cura della persona			X
Incidenza delle attività di pulizia			X
Incidenza della spesa per le attività di pulizia			X
Frequenza media giornaliera degli utenti			X
Numero medio di ore di permanenza giornaliera			X
Numero medio giornaliero dei pasti erogati			X
Numero medio giornaliero di utenti che usufruiscono del servizio di trasporto			X

Fonte: nostra elaborazione dei dati contenuti in bibliografia.

La regione Lazio, agli indicatori già evidenziati nella Tab. 38 aggiunge anche 22 indicatori di qualità dell'assistenza, rilevabili dallo strumento inter-Rai Long Term Care Facility LTCF (cfr. Tab. 38).

Tabella 38 – Regione Lazio: set minimo di indicatori di qualità dell'assistenza derivabili da InterRai LTCF

Set	Indicatore
Funzioni fisiche	Incidenza declino ADL rispetto all'ultima rilevazione
Funzioni fisiche	Incidenza miglioramento ADL da ultima rilevazione
Funzioni fisiche	Incidenza cadute
Funzioni mentali	Prevalenza di problemi comportamentali
Funzioni mentali	Prevalenza depressione
Funzioni mentali	Incidenza declino cognitivo rispetto ultima rilevazione
Funzioni mentali	Incidenza declino comunicazione
Problemi di salute	Prevalenza incontinenza vescicale
Problemi di salute	Prevalenza incontinenza intestinale
Problemi di salute	Incidenza declino incontinenza vescicale
Problemi di salute	Prevalenza infezioni tratto urinario
Problemi di salute	Prevalenza nutrizione artificiale
Problemi di salute	Prevalenza BMI ≤ 19
Problemi di salute	Prevalenza inadeguata gestione dolore
Problemi di salute	Incidenza peggioramento dolore
Problemi di salute	Prevalenza ulcere da pressione
Problemi di salute	Incidenza peggioramento ulcere da pressione
Problemi di salute	Incidenza perdita di peso
Trattamenti e procedure	Prevalenza trattamento con antipsicotici
Trattamenti e procedure	Prevalenza trattamento con antidepressivi
Trattamenti e procedure	Prevalenza catetere a permanenza
Trattamenti e procedure	Prevalenza mezzi di contenzione

La regione Veneto, molto opportunamente, ha anche indicato i metodi di calcolo dei singoli indicatori per fare in modo che i dati raccolti siano omogenei fra loro ⁽²⁾.

⁽²⁾ Metodo di calcolo degli indicatori della regione Veneto:

Incidenza delle attività educative/di animazione

Si sommano le ore lavorative settimanali del personale che si dedica alle attività di educazione/animazione e si rapportano al totale di ore del personale che si dedica alle attività di educazione/animazione e alle attività di cura della persona. Il risultato si divide

Il quadro degli indicatori utilizzati per la verifica della appropriatezza e della qualità dell'assistenza è abbastanza sconcertante. Pochissime regioni se ne sono occupate, ma quelle che l'hanno fatto hanno identificato un numero elevato di indicatori nessuno dei quali coincide con quelli delle altre regioni. Questo significa che ci sono idee molto diverse su quali siano gli elementi che caratterizzano la qualità dei Centri diurni e per i quali vale la pena di effettuare un monitoraggio costante.

per il rapporto di riferimento per le figure con funzione educativa/di animazione calcolato secondo quanto indicato da standard.

Incidenza delle attività di cura della persona

Si sommano le ore lavorative settimanali del personale che si dedica alle attività di cura della persona e si rapportano al totale di ore del personale che si dedica alle attività di educazione/animazione e alle attività di cura della persona. Il risultato si divide per il rapporto di riferimento per le figure con funzione di cura della persona calcolato secondo quanto indicato da standard.

Incidenza delle attività di pulizia

Si sommano le ore che il personale, dedicato alla pulizia della struttura, lavora in una settimana e lo si rapporta alla superficie complessiva della struttura.

Incidenza della spesa per le attività di pulizia

Si rapporta la spesa complessiva annua sostenuta dalla struttura per la pulizia (valore complessivo dell'appalto oppure ore complessive del personale moltiplicato per il compenso orario) alla superficie complessiva della struttura.

Frequenza

Si calcola per ogni giorno del mese X il numero di utenti che hanno frequentato il centro diurno, poi si sommano le frequenze di ogni giorno del mese e si divide per il numero di giorni di apertura del centro in quel mese. Si consiglia di prendere come mese campione, un mese in cui i giorni di apertura sono elevati e in cui si reputa limitato il numero di casi particolari.

Permanenza giornaliera

Si calcola per ogni utente la media settimanale del numero di ore di permanenza giornaliera presso il centro, poi si calcola la media tra tutti gli utenti. Si consiglia di utilizzare per il calcolo una settimana standard, in cui i giorni di apertura sono elevati e in cui si reputa limitato il numero di casi particolari.

Pasti

Si calcola per ogni giorno del mese X il numero di pasti erogati, poi si calcola la media rispetto al mese. Il valore si rapporta al numero complessivo di utenti presi in carico. Si consiglia di prendere come mese campione, un mese in cui i giorni di apertura sono elevati e in cui si reputa limitato il numero di casi particolari.

Servizio di trasporto

Si calcola per ogni giorno del mese X il numero di utenti che usufruiscono del servizio di trasporto, poi si calcola la media rispetto al mese. Il valore si rapporta al numero complessivo di utenti presi in carico.

La rilevazione della qualità percepita

Contrariamente a quanto è accaduto per gli indicatori, diverse regioni hanno previsto la rilevazione della qualità percepita dei Centri diurni, attraverso la somministrazione di questionari di "customer satisfaction". Si tratta di un momento importante di valorizzazione delle persone che si avvalgono dei centri e che vengono considerate interlocutori qualificati e privilegiati ai quali chiedere un giudizio sui servizi utilizzati, finalizzato al loro miglioramento.

Il questionario viene proposto, in modo anonimo, agli utenti e, nel caso di ospiti con ridotte capacità cognitive che non consentano l'espressione di valutazione, il questionario viene proposto al familiare o al tutore che ne ha la cura. In qualche caso viene proposto sia agli utenti che ai familiari.

Il questionario è una tecnica quantitativa che, attraverso una serie di domande pre-codificate, permette di misurare le attese e le percezioni dell'utente e/o della sua famiglia relativamente al servizio reso dal Centro diurno. Consente di raccogliere un elevato numero di informazioni in modo standard e di misurarle quantitativamente, traducendole in indicatori. Questa metodologia consente l'analisi delle stesse prestazioni nell'arco del tempo ed il confronto fra servizi simili.

I dati e le informazioni raccolte rappresentano importanti stimoli per pianificare percorsi di miglioramento dell'organizzazione, dei contenuti e dei processi di erogazione dei servizi e di sviluppo professionale del personale.

I Centri diurni per anziani sono un servizio che ben si presta ad una analisi dettagliata delle sue componenti costitutive, finalizzata ad una valutazione in termini di qualità, in quanto si concretizza in un insieme di prestazioni identificabili e scomponibili con una certa chiarezza. I Centri diurni non sono una struttura complessa dal punto di vista organizzativo, anche per le dimensioni contenute, che consentono flessibilità nella gestione e capacità di adattamento ai bisogni dell'utenza. Al tempo stesso presentano un'elevata componente relazionale, che accompagna e attribuisce senso a tutte le prestazioni erogate ed al servizio nel suo complesso. La rilevazione della qualità percepita, dovrebbe essere effettuata periodicamente, al fine di consentire la comparazione dei dati nel tempo, per verificare su quali aspetti aumenta o diminuisce il gradimento. La riproposizione dello strumento nel tempo, consente anche di verificare se i cambiamenti introdotti a partire dai risultati della prima rilevazione hanno trovato riscontro nelle percezioni dell'utenza (Comune di Trento, 2008).

Il presente volume, proprio per facilitare la costruzione di una routine che preveda la costante rilevazione della qualità percepita da utenti e/o famiglie propone, fra gli allegati del libro, due schemi di questionari per la rilevazione del grado di soddisfazione rispettivamente degli utenti dei Centri diurni e dei loro familiari, questionari che sono già stati sperimentati in Toscana (Allegato A2) (Regione Toscana, 2012).

12. La dimensione e l’ubicazione

12.1. La dimensione

La ricettività dei centri varia moltissimo, fra una regione e l’altra. La ricettività oscilla fra il minimo di 1 e il massimo di 40 posti ma i due terzi dei centri può accogliere al massimo 25 o 30 anziani (cfr. Tab. 39).

Tabella 39 – Il quadro normativo regionale dei Centri diurni per anziani

Regione	Settore normativa	Denominazione	Capienza min-max
Abruzzo	Sanità	Semiresidenze anziani	0-30
Abruzzo	Sanità	Semiresidenze demenze	0-30
Basilicata	Sanità	RSA semiresidenziale per non autosufficienti	20-40
Bolzano	Sociale	Centro di assistenza diurna	8-25
Calabria	sociale	Centri diurno assistenziale	0-20
Campania	Sanità	Centro diurno per anziani	20-25
Campania		Centro diurno demenze	20-25
E. Romagna	Sociale	Centro diurno dedicati per demenze	15-20
E. Romagna	Sociale	Centro diurno per anziani	5-25
Liguria	Sociosanitario	Centro diurno anziani; CD Alzheimer; CD 2 Liv.	20
Friuli-Venezia Giulia		Servizio semires. per anziani autosufficienti	1-30 (max 40)
		Servizio semires. per anziani non autosufficienti	5-30
Lazio	Sociale	Struttura semiresidenziale per anziani	1-30
Lazio	Sanità	Rsa in regime di semiresidenzialità	1-30
Lazio	Sanità	Nuclei semires. per disturbi cognitivi comportamentali gravi	1-30
Liguria	Sanità	Centro diurno di 2° livello	10-25
Liguria	Sanità	Centro diurno di 1° livello	10-25

segue

Regione	Settore normativa	Denominazione	Capienza min-max
Lombardia	Sociale	Centro diurno integrato	1-40
Marche	Sociale	Centro diurno per anziani	1-25
Marche	Sociale	Centro diurno alzheimer	1-25
Molise	Sociale	Centro diurno per anziani	10-30
Molise	Sanità	Centro diurno integrato per anziani	1-30
Piemonte	Sociale	Centro diurno	20-25
Piemonte		CDI – CDIA	10-25
Piemonte		CDA – CDAI	5-20
Puglia	Sociale	Centro diurno per anziani	1-30
Puglia	Sociale	Centro diurno integrato	1-30
Sicilia	Sanità	Centro diurno demenze	20
Toscana	Sociale	Struttura semiresidenziale per persone anziane	1-40*
Toscana	Sanità	Centro diurno Alzheimer	8-25
Trento		Centro diurno per anziani esterno	Almeno 12 convenz.
Trento		Servizio di presa in carico diurna continuativa	Max 4 posti c/o RSA
Trento		Servizio di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento	Max 2 posti c/o RSA con modulo demenze
Valle d'Aosta	Sanità	Struttura semiresidenziale per alzheimer	8-20
Veneto	Sociale e sanitario	Centro diurno per anziani non autosufficienti	10-30

Note: Capienza: il dato 0 significa che la capienza minima non è stata indicata. Il numero massimo diventa 30 nel caso in cui la struttura possa ospitare il 50% di persone non autosufficienti.

In quattro casi – regioni Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia e Toscana (ma in quest'ultima regione non per il CD Alzheimer) – l'accoglienza massima arriva a 40 posti superando quella massima stabilita in 30 posti dal decreto n. 308/2001.

Ma ancora più scarsa attenzione viene prestata alle dimensioni minime dove al 30% delle strutture è permesso di avere solamente fino a 5 ospiti. Un numero troppo basso per poter avere quella massa critica e quelle economie di scala necessarie per un costo unitario a giornata sostenibile e competitivo anche rispetto agli altri setting assistenziali. Un errore che la regione Liguria non ha fatto e che, anzi, proprio per mantenere costi contenuti per giornata di accoglienza, accetta iscrizioni in misura maggiore dei posti autorizzati, tenu-

to conto del tasso di assenza, mantenendo comunque le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.

12.2. L'ubicazione

Le regioni hanno dato molta libertà agli enti gestori nella ubicazione del Centro diurno per anziani. Nove regioni (Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Sardegna, Valle d'Aosta, Veneto) su undici hanno stabilito che il Centro diurno si può realizzare sia in una struttura autonoma collocata in un centro abitato sia in una RSA o altra struttura residenziale. Nelle altre due regioni (Basilicata, Toscana) non viene invece presa in considerazione l'ipotesi di realizzare il Centro diurno nello stesso struttura di una RSA.

Quando è collocato in strutture residenziali, il Centro diurno può fruire di alcuni spazi in comune con la struttura residenziale.

In due regioni (Sardegna e Valle d'Aosta) la collocazione del Centro diurno all'interno della struttura residenziale è la norma mentre in Lombardia è la modalità privilegiata.

Ci sono dunque due ipotesi. Qual è la migliore?

L'ipotesi integrata RSA/Centro diurno ha come capofila la regione Lombardia che vede nella RSA il centro della rete dei servizi sociosanitari. L'integrazione auspicata, in questo caso, non riguarda tanto la messa in comune d'interventi sociali e sanitari ma, piuttosto, la condivisione funzionale di spazi, servizi e operatori fra due modelli visti come complementari. La soluzione presenta dei vantaggi economici per i gestori (anche se sovente nella stessa Lombardia questo modello non sempre ha funzionato) ma anche degli aspetti negativi. Infatti, proprio dagli anziani provengono alcune resistenze a frequentare il centro diurno integrato con la RSA in quanto questa collocazione rafforza la percezione del centro come di una sorta di naturale "anticamera" dell'istituzionalizzazione definitiva. Inoltre rende anche più confusa la percezione del Centro come naturale sostegno al prolungamento dell'esperienza domiciliare o come concreta alternativa alla RSA (Giunco *et al.*, 2011).

In sostanza, il Centro diurno integrato sembra più rivolto alle esigenze dei soggetti gestori mentre il Centro diurno collocato in totale autonomia in un centro abitato sembra più rivolto alle esigenze degli anziani accolti. La letteratura su questo aspetto ha dato pochissimi contributi ma sembra propendere nettamente per una struttura comunque ben separata da eventuali altre strutture sanitarie (Masotti *et al.*, 2013).

13. Standard e requisiti strutturali

13.1. Le norme nazionali

Le norme nazionali danno pochissime indicazioni sui requisiti strutturali dei Centri diurni e cioè sulle caratteristiche dell'edificio che ospita il Centro, sulle sue dimensioni complessive e sull'organizzazione degli spazi. Il d.m. 21 maggio 2001, n. 308 del Ministro per la solidarietà sociale sui "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale", oltre al possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene stabiliscono solamente che i Centri diurni devono almeno avere:

- a) una dotazione di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto, organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy;
- b) servizi igienici: 1 servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 10 ospiti; 1 servizio igienico per il personale.

Tali disposizioni costituiscono solo i requisiti minimi da cui devono partire le regioni per stabilire i requisiti strutturali necessari che i Centri diurni devono possedere affinché possano essere autorizzati.

13.2. Le norme regionali

Le regioni, giustamente, non si sono accontentate delle blande indicazioni ministeriali ed hanno fissato una serie di requisiti strutturali ben più ampi che ogni Centro diurno deve avere.

Innanzitutto occorre dire che le regioni, in genere, non hanno fatto distinzioni fra Centro diurno per anziani non autosufficienti e Centro diurno Alzheimer. I requisiti stabiliti valgono per tutte e due le tipologie di struttura.

Quasi tutte le regioni hanno previsto la presenza di almeno 6 locali nei Centri diurni:

1. un soggiorno;
2. una sala o zona per il pranzo (tre regioni hanno indicato la dimensione minima del locale: Toscana 1,5 mq/ospite, Liguria 2 mq/ospite, Lombardia 3,5 mq/ospite);
3. una sala per le attività del centro (animazione, terapia occupazionale, laboratori, ecc.). In Liguria deve avere almeno 2 mq/ospite;
4. un locale per il riposo degli ospiti (nella Provincia di Bolzano deve accogliere il 50% degli ospiti, in Sardegna deve avere almeno 1,25 mq/ospiti e in Sicilia impegna almeno 2 camere con 2 ospiti ciascuno);
5. i servizi igienici per gli ospiti;
6. uno spogliatoio con bagno per gli operatori (cfr. Tab. 40).

La presenza dei servizi igienici per gli ospiti è il requisito che registra la variabilità maggiore. Prevale il requisito di un servizio igienico ogni 10 ospiti di cui almeno un bagno assistito ma c'è anche chi prevede un servizio igienico ogni 8 ospiti (Marche) e chi uno ogni 6 (Toscana) di cui uno attrezzato per disabili.

La maggioranza delle regioni prevede poi la presenza di un ufficio, di una infermeria, e di una cucina o di uno spazio per lo sporzionamento degli alimenti.

Una piccola parte di regioni (il 20% circa) ha infine previsto la presenza di una palestra, di un ingresso ed ha previsto la collocazione dei corrimano a parete in tutti i locali di passaggio (cfr. Tab. 40).

Nel complesso la maggioranza delle regioni ha previsto la presenza di almeno 9 locali o spazi dedicati senza però quantificare la dimensione minima complessiva dei Centri diurni. Gli spazi complessivi, infatti, sono stati indicati solo dalla Sicilia e dal Veneto. La Sicilia ha stabilito una dimensione minima complessiva di almeno 300 mq compresi anche gli spazi esterni da considerare nella misura massima del 20%. Il Veneto ha previsto almeno 10 mq per anziano esclusi gli spazi ad uso esclusivo del personale (spogliatoi, ecc.).

Tabella 40 – Requisiti strutturali previsti dalle regioni per i Centri diurni

Regioni	Soggiorno	Servizi igienici	Cucina	Zona pranzo	Locali riposo	Palestra	Sala attività	Ingresso o ufficio	Deposito materiali	Spogliatoi con bagno personale	infermeria
Bolzano	Sì	Sì con doccia	Sì	Sì	Sì (x 50% ospiti)		Sì				
E. Romagna	Sì	1 ogni 10		Sì	Sì		Sì			Sì	
Friuli-Venezia Giulia	Sì	1 ogni 10 di cui 1 bagno assistito	Sì	Sì	Sì			Ingresso	Sì	Sì	
Lazio		2 ogni 10 di cui 1 bagno assistito	Sì	Sì			Sì	Ufficio		Sì	
Liguria		1 ogni 10 di cui 1 bagno assistito	Sì	Sì (almeno 2 mq x ospite)	Sì		Sì (almeno 2 mq x ospite)	Ufficio	Sì	Sì	Solo per CD Alzheimer
Lombardia	Sì	1 ogni 10 + 1 bagno assistito	Sì	Sì, mq 3,5 per ospite	Sì	2 mq per ospite, minimo 30 mq	Sì	Ufficio	Sì	Sì	Sì (amb. medico)
Marche	Sì	1 ogni 8 di cui 1 bagno attrezzato		Sì			Sì			Sì	
Molise	Sì	1 attrezzato ogni 10		Sì	Sì	Sì	Sì	Ingresso e ufficio	Sì	Sì	
Piemonte	Sì	Sì con bagno assistito	Sì		Sì	Sì		Ingresso e ufficio	Sì	Sì	Sì

segue

Regioni	Soggiorno	Servizi igienici	Cucina	Zona pranzo	Locali riposo	Palestra	Sala attività	Ingresso o ufficio	Deposito materiali	Spogliatoi con bagno personale	infermeria
Sardegna	Sì	Almeno 2 + bagno assistito		Sì	Sì, mq 1,25 x ospite	Sì	Sì				Sì
Sicilia	Sì	Sì, di cui 1 attrezzato			Almeno 2 camere con 2 letti ciascuno		Sì	Ufficio		Sì	Sì
Toscana	Sì	1 ogni 6 compreso 1 per disabili	Sì	Sì, mq 1,5 per ospite	Sì		Sì	Ufficio	Sì	Sì	
VDA	Sì	Sì con bagno assistito	Sì	Sì	Sì					Sì	Sì
Veneto	Sì	1 ogni 10 + 1 bagno assistito		Sì	Sì	Sì	Sì	Ingresso e ufficio	Sì	Sì	Sì
Totale	12	14	8	12	12	5	11	9	7	12	8

Fonte: Bibliografia.

Note: In genere è prevista l'assenza di barriere architettoniche. Lavanderia e stireria previste solo se non sono appaltate all'esterno. Bolzano: Soggiorno, cucinino e sala da pranzo possono essere strutturati in un locale comune. Sicilia ha previsto anche la sala per riunioni. Il Veneto e le Marche richiedono anche uno spazio all'aperto. Gli spazi complessivi sono indicati solo dalla Sicilia e dal Veneto. La Sicilia ha stabilito almeno 300 mq compresi anche gli spazi esterni nella misura massima del 20%. Il Veneto almeno 10 mq per anziano esclusi gli spazi ad uso esclusivo del personale. Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia e Marche hanno previsto i corridoi a parete.

13.3. I Centri diurni Alzheimer

Mentre sui requisiti strutturali per i Centri diurni per anziani non autosufficienti non si è registrato un grande interesse nella letteratura scientifica così non è stato per i Centri diurni Alzheimer. Da diversi anni si è riconosciuto che l'adozione di interventi ambientali assume una valenza terapeutica fondamentale in patologie, come la demenza, caratterizzate da disabilità ed handicap progressivamente crescenti. In ciascuna fase della malattia l'ambiente può compensare o, al contrario, accentuare le conseguenze del deficit cognitivo e pertanto condizionare sia lo stato funzionale sia il comportamento dell'ammalato. Lo spazio e l'ambiente vitale possono perciò rappresentare, per la persona affetta da demenza, sia una risorsa terapeutica sia un motivo scatenante di alterazioni comportamentali apparentemente ingiustificate (Regione Emilia-Romagna, 2006).

Per questo, particolare riguardo deve essere dedicato alle caratteristiche architettoniche del Centro diurno, all'organizzazione degli spazi e all'ubicazione urbana. Oltre al principio di essere privi di barriere architettoniche, gli spazi interni del Centro devono facilitare l'orientamento e l'accesso ai servizi igienici e favorire l'attività fisica sia all'interno (palestre, spazi per l'attività motoria), sia all'esterno (giardini anche terapeutici e utilizzabili per attività di giardinaggio) (Ministero della salute, 2010).

La letteratura sull'argomento mette in rilievo come gli elementi dell'ambiente per la demenza a cui prestare attenzione siano la sicurezza, la familiarità degli spazi e la stimolazione sensoriale.

Sicurezza

"Ogni elemento di sicurezza ambientale si traduce in uno spazio di libertà per la persona con demenza, con conseguenti minori necessità di sorveglianza o contenimento. Le misure di sicurezza adottate dovranno avere un carattere di non invasività e, se possibile, essere "mascherate" per garantire il più possibile un ambiente di tipo "domestico" e non ad elevata tecnologia. Tenendo presente la tendenza del malato ai comportamenti motori aberranti (affaccendamento, wandering), le uscite dovrebbero essere ridotte di numero e occultate, pur nel rispetto delle normative vigenti. In considerazione dell'assenza di finalità del wandering, dovrebbero essere predisposti percorsi di vagabondaggio sia all'interno che all'esterno della struttura, preferibilmente circolari". "Gli spazi devono, inoltre, avere un'ampia visibilità ed illuminazione, così da essere più facilmente controllabili da parte del personale." (Cester *et al.*, 2013).

Familiarità degli spazi

Familiarizzare con gli spazi attraverso arredi non istituzionali, più simili a quelli di una casa, rendere riconoscibili e facilmente identificabili gli ambienti riescono a condizionare positivamente il benessere generale del paziente.

Stimolazione sensoriale

La stimolazione multisensoriale sembra avere un effetto positivo in particolar modo sul comportamento disturbante (agitazione) e rinunciatario (distacco/apatia). In questo senso, “l’uso dei colori, per esempio, deve guidare a evitare errori che possono essere fonte di “confusione” per la persona con demenza, sapendo che vi può essere una perdita della visione dei contrasti. Allo stesso modo disegni e quadri che possono essere fonti di paura, così come eccessi nel sistema delle luci e delle ombre, possono diventare “ostacoli” insormontabili o addirittura fonti di allucinazioni e deliri. Un’illuminazione non abbagliante ma efficace, associata a elementi di stimolazione multisensoriale, può migliorare i disturbi comportamentali legati alla demenza. La disposizione progettuale dello stabile e le finiture dovrebbero inoltre essere tali da evitare effetti “abbagliamento”. Allo stesso modo stimolazioni uditive rilassanti e la creazione di un ambiente meno rumoroso sono in grado di diminuire l’agitazione e migliorare la socializzazione” (Cester *et al.*, 2013). Allo stesso tempo si è dimostrato utile prevedere dei punti d’interesse lungo il percorso, che possano indirizzare il paziente verso luoghi comunitari o possibilità di attività, attraverso un’accorta stimolazione multisensoriale.

Articolazione degli spazi

Il Centro diurno Alzheimer dovrebbe prevedere un numero adeguato di locali per i servizi e per la vita comune: soggiorno, sala per consumare i pasti, ambulatorio/medicheria, servizi igienici quali soprattutto il bagno assistito, locali per il servizio di parrucchiere e pedicure, locali per il personale (bagni separati, sala riunioni). Inoltre dovranno essere presenti un numero adeguato di locali predisposti per le attività terapeutiche, ad esempio, cucina terapeutica, palestra, sala per musicoterapia, lavanderia terapeutica. Dovranno essere inoltre progettati locali con alcuni letti per il riposo ed ambienti dedicati all’incontro tra i pazienti ed i familiari” (Cester *et al.*, 2013).

Attrezzature

“All’interno del CDA dovrebbero essere disponibili corrimano nei percorsi principali, ausili per la mobilitazione ed il mantenimento dell’autonomia residua, ausili posturali (poltrone), attrezzature sanitarie di base (sfigmomanometro, reflattometro, termometri, pulsossimetro, bilancia per disabili, armadi per la conservazione dei farmaci assunti dai pazienti in terapia cronica, materiale di primo soccorso, ecc.)” (Cester *et al.*, 2013).

Il Giardino Alzheimer

In Italia, come all’estero, è stata riconosciuta l’importanza terapeutica dello spazio esterno annesso alle strutture residenziali, così come testimoniato dal sorgere dei numerosi giardini in molte strutture italiane. A Cedarview Lodge, in Canada, è stato effettuato un monitoraggio sul comportamento degli utenti di un giardino, il “New Moon Garden”: dopo un anno, dalla sua apertura sono stati rilevati notevoli benefici sullo stato di salute degli ospiti, in particolare è stata notata una diminuzione dell’aggressività, al contrario di quanto accadeva nei centri senza spazio aperto, in cui l’aggressività era addirittura aumentata. La realizzazione di un giardino sensoriale contribuisce, quindi, a creare un ambiente che offra una prospettiva al tempo di vita del malato, permettendogli di prefigurarsi la dimensione del futuro, con ripercussioni positive sulle sue condizioni di vita. “Inoltre tale ambiente è una preziosa fonte di stimoli sensoriali, che possono ridurre lo stress psicologico, e consente di assecondare e talora ridurre la tendenza al «vagabondaggio» caratteristica di alcuni pazienti.

Per quel che riguarda la progettazione generale è quindi auspicabile un disegno ordinato del giardino, per favorire l’orientamento, la presenza di punti di sosta e di punti di riferimento, l’assenza di gradini o altri dislivelli, la presenza di una recinzione (meglio se occultata dalle piante) e la completa visibilità di ogni zona del giardino da parte dei caregiver, per garantire la sicurezza dei pazienti.”

“La vista sarà maggiormente stimolata da piante colorate (mai eccessive per non disorientare il paziente) o con fioriture che si alternino nelle varie stagioni (ad es. piante caducifoglie che segnano il susseguirsi delle stagioni rimarcando la dimensione temporale che spesso viene persa in questi pazienti).”

“È inoltre opportuno che le piante scelte richiedano il minor numero possibile di interventi fitosanitari e di opere di manutenzione, per ridurre al minimo il disagio altrimenti creato ai pazienti nei periodi di massima fruizione del giardino (primavera-estate).

Studi pilota hanno mostrato che l'utilizzo del Giardino Alzheimer si associa ad una riduzione dei comportamenti agitati, dell'utilizzo di farmaci psicoattivi e del rischio di cadute. Infatti giardini specificamente studiati possono stimolare la memoria, l'integrazione e la socializzazione tra pazienti, tra pazienti e caregiver e tra pazienti e familiari."

"Potrebbe essere opportuna la piantumazione di alberi da frutto e piante ortive che potrebbero essere accudite dagli ospiti stessi, configurando così una vera e propria «ortoterapia». In tal caso gli ortaggi non dovranno essere piantati a terra, ma in «contenitori» ad altezza d'uomo, in modo da favorire la coltivazione senza che il paziente debba piegarsi fino a terra o la fruizione anche da parte di pazienti con deambulatore o carrozzina" (Cester *et al.*, 2013).

Più schematica ma non meno interessante è la check-list per l'adattamento ambientale che la Regione Emilia-Romagna ha prodotto all'interno del documento "L'ambiente: strumento terapeutico", nel quale sono esplicitati i criteri per la progettazione e l'adattamento degli ambienti collettivi e domestici diurni per una migliore qualità della vita dei soggetti affetti da demenza (cfr. Tab. 41).

Tabella 41 – Regione Emilia-Romagna. Check-list minima dei requisiti strutturali per Centri diurni dedicati a persone affette da demenza

Ubicazione del servizio		È preferibile che il servizio sia collocato a piano terra, se si prevede anche un piano superiore è opportuno che sia riservato al personale.
Per la segmentazione dei locali	Sono ritenute opportune:	
	a	Delle aree separate per lo svolgimento di attività di piccoli e/o grandi gruppi.
	b	Un'area dedicata al wandering facilmente accessibile e vigilabile dagli operatori.
	c	Una cucina terapeutica ed un angolo lavanderia per attività strumentali, occupazionali e/o di affaccendamento.
	d	Una stanza per le attività psicomotorie.
	e	Almeno una camera da letto, con letti regolabili in altezza per situazioni di emergenza, possibilmente dotata di interfono.

segue

Per la sicurezza degli spazi e degli arredi	È auspicabile:	
	a	Evitare pavimenti con fughe troppo larghe e adottare quelli senza linee di demarcazione.
	b	Prevedere una zona fumatori dotata di materiali ignifughi.
	c	Porte: fondamentale il mascheramento di porte antifuga pur mantenendo la facilità di accesso; porte bloccate elettronicamente sbloccabili, in caso di incendio, anche manualmente.
	d	Finestre: è necessario prevedere che siano bloccabili, che oltre alla chiusura con la chiave prevedano anche le maniglie ad inserto, l'apertura deve essere a vasista ed i termosifoni non devono essere collocati sotto le finestre.
	e	Arredi: privi di spigoli pericolosi (o dotati di paraspigoli con colori contrastanti) e sufficientemente pesanti. Linee tradizionali e familiari privilegiando materiali in legno. Poltrone da riposo geriatriche evitando quelle con poggia piedi mobile. Armadietti con chiusura a chiave per conservare oggetti pericolosi o medicinali; armadietti singoli per la custodia di oggetti/abiti personali di ciascun utente. Presenza di corrimano di facile presa e di colore facilmente riconoscibile.
	f	Bagni: i. wc collocato in una posizione centrale per consentire una maggiore manovrabilità; ii. seggiola da doccia con schienale, due braccioli laterali e poggia piedi antiribaltamento; iii. piatto doccia sufficientemente grande con una pendenza adeguata in modo che l'acqua non fuoriesca; iv. maniglioni di appoggio colorati in modo da risultare più evidenti; v. presenza di almeno un bidet ad un'altezza inferiore rispetto a quella standard; vi. la fruibilità di questo ambiente è facilitata quando: • è presente almeno un bagno che richiama quello tradizionale; • sono utilizzati dei miscelatori d'acqua a temperatura costante; • il telefono-doccia ha una lunghezza tale che consente di raggiungere qualunque parte del corpo in modo agevole; • è presente almeno un bidet per garantire le attività di mantenimento delle autonomie residue.
	g	Spazi esterni: presenza di un giardino attrezzato che preveda zone d'ombra e arredi; recinzione con siepe.
Stanza di riposo insonorizzata	Dotata di letto utile anche per l'ascolto della musica, per l'esecuzione di attività cognitive, che richiedono un elevato livello attentivo, nella quale possa essere inserita una zona soft-corner.	

Fonte: Regione Emilia-Romagna, 2006.

Naturalmente, ogni Centro diurno dovrà rispettare i requisiti strutturali stabiliti dalla propria regione per poter essere autorizzato al funzionamento. In genere, invece le procedure di accreditamento non prevedono requisiti di

tipo strutturale. Il ricco materiale prodotto dalla letteratura (Cannara *et al.*, 2004; Valla, 1999) può invece essere utilizzato per arricchire e migliorare la progettazione dei Centri diurni in modo da renderli più efficaci ed accoglienti.

14. Il Centro diurno integrato per anziani: caratteristiche di un'esperienza nell'hinterland milanese

Daniele Zaccaria (*)

Introduzione

Il Centro diurno Villa Sormani nasce in un edificio storico nel centro di Cesano Boscone, comune dell'hinterland milanese.

Rientra nell'insieme dei servizi di sostegno alla fragilità forniti da Fondazione Istituto Sacra Famiglia. L'idea di riutilizzare gli spazi di una villa del '700 per costituire il CDI per anziani, fino ad allora assente nella filiera dei servizi offerti da Sacra Famiglia, sorge a fine anni '90 per volontà della stessa Fondazione Sacra Famiglia e della Fondazione Cenci Galligani, ente sorto nel 1993 grazie al lascito patrimoniale dei coniugi Aldo Cenci e Jole Galligani con la finalità di contribuire alla prevenzione o rimozione dei problemi che affliggono le persone anziane incentivando progetti di intervento innovativi che rispondano ai bisogni espressi dal territorio.

La compresenza di questi due attori ha fatto sì che l'esperienza di Villa Sormani fosse connotata fin da subito da una vocazione rivolta sia alla qualità del servizio socio-assistenziale che all'innovazione e sperimentazione nella fornitura dei servizi agli utenti anziani. L'obiettivo dichiarato e portato avanti dagli attori coinvolti durante tutto il corso degli anni è che Villa Sormani sia un centro diurno integrato, accreditato dalla regione Lombardia, che, grazie anche a un importante investimento di Fondazione Cenci Galligani, rappresenti un'eccellenza nel territorio di riferimento e un laboratorio di attività innovative.

Proprio per queste caratteristiche si è deciso di presentare il caso di Villa Sormani come esempio di CDI portando all'attenzione alcune peculiarità del suo percorso storico e della sua struttura organizzativa. Di seguito si presenteranno in particolare alcuni aspetti legati alla gestione del mutamento della

(*) Fondazione Cenci Galligani.

domanda di assistenza sul territorio, con particolare attenzione alle risposte fornite dal coordinamento, dai professionisti e dagli operatori che negli anni si sono avvicendati nella struttura. Alcuni elementi emersi da una serie di interviste semistrutturate condotte nel corso del 2018 con testimoni privilegiati che sono stati coinvolti, o tutt'ora lo sono, nella quotidianità dei servizi offerti dal CDI Villa Sormani, saranno interpretati alla luce di approcci teorici e risultati di precedenti studi sui temi dell'assistenza sociosanitaria ⁽¹⁾.

14.1. L'evoluzione nel tempo del servizio: criticità e risposte di anticipazione

Il CDI Villa Sormani nasce con l'intento di fornire servizi di supporto per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti e per le loro famiglie. Il Centro è stato aperto nell'ottobre 2000 con l'ingresso di 5 anziani, parzialmente autonomi. Nel primo anno di attività sono poi stati accolti in totale 50 anziani, in prevalenza donne e di età superiore agli 80 anni. Il numero di anziani accolti si è mantenuto costante per tutti i primi anni di attività, pur con un incremento nel tempo del peso delle persone con autosufficienza limitata, deficit cognitivi importanti e diagnosi di demenza.

La dotazione di personale è stata completa fin da subito, prevedendo la presenza, costante o a tempo parziale di una figura di coordinamento, un medico geriatra, un medico fisiatra, un fisioterapista, un educatore, 7 ASA, 2 ausiliari, un infermiere professionale. I servizi del centro erano distribuiti su cinque giorni settimanali, da lunedì a venerdì, dalla mattina fino all'orario precedente la cena.

Il servizio, soprattutto nelle prime fasi di attività è stato ripensato e adattato più volte per far fronte all'alto turn over di utenti e all'elevato livello di eterogeneità degli stessi. A regime sono stati individuati due nuclei: uno più aperto verso l'esterno ed un secondo, più protetto sul piano custodistico, destinato agli anziani con maggiori problemi di orientamento, comportamento e decadimento cognitivo. Numerose e diversificate le attività del modello

(¹) I risultati di questa indagine sono il frutto della disponibilità, collaborazione e motivazione di tutti i testimoni privilegiati che con entusiasmo hanno accettato di raccontare la propria esperienza. Ai responsabili di Fondazione Cenci Galligani, ai coordinatori professionisti e operatori del CDI Villa Sormani, ai parenti degli anziani ospiti del centro va il più sentito ringraziamento per aver contribuito in maniera determinante e insostituibile a questo importante percorso di ricerca.

animativo, proposte in base alle caratteristiche dell'utenza (psicomotricità, attività di cucina, attività di bricolage, letture, uscite al mercato, attività espressive, animazione teatrale, giardinaggio).

Lo staff, la "squadra" così come definita dagli attori intervistati, è fin dall'inaugurazione costituita da figure ben integrate tra loro che si caratterizzano per un alto grado di motivazione e di condivisione dei valori dell'organizzazione, sottolineato anche dai feedback raccolti tramite appositi questionari di soddisfazione distribuiti ai caregiver familiari degli anziani accolti nel centro.

Dai rapporti sulle attività e sulla programmazione redatti annualmente, emerge inoltre un'integrazione con il tessuto sociale ed economico del territorio, da subito disponibile ad essere coinvolto e a collaborare per la buona riuscita delle iniziative proposte. Oltre ad attività interne al CDI finalizzate a mantenere le capacità funzionali e cognitive degli utenti anziani, sono state proposte infatti iniziative con gli esercenti pubblici, le famiglie, gli attori pubblici locali, la scuola, la biblioteca atte ad "aprire alla cittadinanza" il CDI, ad aumentare il livello di capitale sociale, ovvero di relazioni utili a tenere alto il livello di integrazione tra la struttura e la città evitando che fosse invece percepita come un'istituzione chiusa in se stessa. Rientra in quest'ottica anche l'apertura del CDI ai volontari che sono divenuti nel tempo parte integrante dei progetti e delle attività proposte.

Questo modello organizzativo ha trovato un riscontro positivo anche da parte dell'utenza. Le aspettative dei primi ospiti e dei loro familiari caregiver infatti erano incentrate sulla volontà di un servizio che potesse stimolare la vita attiva, garantire un'assistenza qualificata durante le ore diurne e combattere il rischio di solitudine, uno dei maggiori fattori di rischio per il benessere degli anziani. Sia i questionari periodicamente somministrati ai familiari caregiver che le testimonianze raccolte durante questa indagine, confermano un elevato grado di soddisfazione per le attività proposte e per l'operato di tutti i membri della "squadra".

Proprio la "squadra", nella sua accezione di staff fortemente qualificato, motivato e integrato, è l'elemento maggiormente identificativo del CDI Villa Sormani, come ripetutamente riconosciuto e sottolineato anche dai testimoni privilegiati coinvolti nell'indagine. Attraverso interventi formativi specifici attivati all'inizio dell'esperienza del CDI sono state trasmesse a tutti i membri della "squadra" competenze e premesse valoriali che hanno fatto sì che si creasse una forte appartenenza identitaria. Questo ha portato anche ad accrescere la motivazione e la soddisfazione per il proprio lavoro. Villa Sormani,

potendo contare sugli standard qualitativi tipici dei servizi erogati da Fondazione Sacra Famiglia, sulla spinta a innovare gli interventi e le attività rivolte all'utenza alimentata da Fondazione Cenci Galligani e sulla forte motivazione degli operatori e dei professionisti, ha rappresentato fin da subito un centro d'eccellenza nel proprio ambito di riferimento.

Dopo i primi anni di attività però sono intervenuti fattori esogeni ed endogeni che hanno comportato importanti cambiamenti, che hanno riguardato da una parte l'utenza e dall'altra la composizione dello staff. Dopo gli anni 2005 e 2006, come riportato dai testimoni privilegiati intervistati, il numero di utenti ha infatti iniziato a calare. Il territorio ha iniziato ad esprimere nuove esigenze, la domanda non era più in linea con i servizi offerti. Sempre più l'esigenza delle famiglie è divenuta quella di un supporto assistenziale ad anziani non autosufficienti, con demenza. Questo ha comportato anche difficoltà nella coesistenza tra i vecchi utenti, più autonomi, e i nuovi pazienti bisognosi soprattutto di assistenza socio-sanitaria, con il conseguente calo di motivazione dei primi a proseguire nella piena partecipazione.

I membri dello staff si sono di conseguenza ritrovati a mutare il loro approccio che ha dovuto maggiormente essere votato all'assistenza, sempre con l'obiettivo di fornire elevati standard qualitativi. Villa Sormani si è ritrovata quindi a dover cambiare il proprio modello organizzativo per far fronte a nuove e diverse richieste rispetto a quelle che fondavano le premesse del servizio nei primi anni di attività. Un'ulteriore difficoltà è stata rappresentata dal dover mutare i contenuti del progetto assistenziale in un contesto architettonico pensato e realizzato negli anni precedenti con altre finalità, diverse dalla gestione di persone non autosufficienti.

Questo ha creato in una prima fase disorientamento tra gli operatori che hanno dovuto ridefinire l'oggetto del proprio lavoro e la percezione del proprio ruolo. Inizialmente questo ha portato a una minor motivazione e in alcuni casi ad avvicendamenti nello staff. Fondamentale è stato il ruolo del coordinatore, che tenendo insieme la prospettiva di assistenza di alta qualità di Fondazione Istituto Sacra Famiglia e la spinta ad approcci innovativi di Fondazione Cenci Galligani, ha gestito il cambiamento adattando le premesse valoriali e il modello organizzativo alle nuove esigenze poste dal contesto. Negli ultimi anni il CDI Villa Sormani ha ripreso ad operare a pieno regime, incentrando ora le sue attività sugli anziani non autosufficienti, con problemi gravi di deficit cognitivo dovuti alla demenza. Attualmente vengono gestiti circa 70 Piani assistenziali integrati, con una presenza pressoché costante di 40 ospiti al giorno. Per far fronte alla sempre più elevata eterogeneità delle

richieste di assistenza, il servizio prevede modalità altamente flessibili di frequenza (frequenza giornaliera completa, solo mattutina o pomeridiana, solo per alcuni giorni della settimana) e nel corso dell'ultimo anno gli orari sono stati estesi fino a comprendere la possibilità di usufruire della cena presso il centro, così da adattarsi pienamente alle necessità delle famiglie, sempre più stringenti come dimostrato anche dalla presenza di un'importante lista d'attesa.

La sociologia organizzativa offre un utile approccio che rappresenta uno strumento particolarmente adeguato a interpretare la capacità di un'organizzazione complessa come CDI Villa Sormani di comprendere il mutamento e adattarsi alle nuove necessità poste dal contesto in cui si trova ad operare. Quando ci si trova di fronte a prospettive di cambiamento, si parla di capacità di anticipazione di un'organizzazione (Negrelli e Pichierri, 2010). L'anticipazione può riguardare un mutamento prevedibile oppure già in atto. Si parla di anticipazione strategica quando si mettono in atto azioni di innovazione organizzativa volte ad evitare che si verifichi una situazione di crisi. Il concetto di anticipazione operativa invece fa riferimento alle misure atte a far fronte ad una criticità già in atto, siano esse puramente riparative oppure di rilancio dell'attività con una prospettiva rivolta alle attività future.

Una "diagnosi" precoce agevola un efficace processo di anticipazione, mentre una ritardata o errata diagnosi riduce le possibilità per un'anticipazione sia strategica che operativa. Ma una diagnosi precoce è efficace solo se diventa "percezione sociale", ovvero discorso condiviso tra gli attori, individuali e collettivi, coinvolti. Qui diventa importante che ci sia "intenzionalità collettiva", ovvero comportamento collettivo cooperativo, che i singoli operino secondo la loro intenzionalità individuale ma in quanto parti di un'intenzionalità collettiva di livello più alto (Searle, 1995).

Oltre a questo altri fattori sono determinanti perché ci sia capacità di anticipazione: spazio, tempo e memoria. Lo spazio è da intendersi come libertà di azione, spazio di manovra lasciata agli attori individuali e collettivi coinvolti nell'organizzazione. Il tempo è la preconditione che consente di condividere, confrontarsi, informare sui cambiamenti previsti o in atto. La memoria, le esperienze passate sono infine elementi essenziali che agiscono sulle "mappe cognitive" individuali, sulle costruzioni di senso attribuite agli eventi dai singoli che consentono di interpretare il contesto e i mutamenti che in esso avvengono.

Il CDI Villa Sormani si dimostra un interessante caso e modello di capacità di adattamento agli importanti cambiamenti imposti dal nuovo contesto

storico-sociale. Si è trattato in particolare di anticipazione operativa, ovvero di capacità di adottare soluzioni per far fronte ad una situazione di criticità esogena, il mutamento del tipo di utenza, che se non fosse stata affrontata correttamente avrebbe portato verosimilmente alla fine dell'esperienza del centro diurno. Diverse strategie sono state adottate per rispondere alle nuove esigenze degli utenti. In particolare si è agito sull'elemento determinante per la qualità del servizio, ovvero sulla gestione del capitale umano con le sue professionalità, esperienze, esigenze di formazione, supporto e integrazione.

Di seguito si presenteranno le strategie di anticipazione operativa adottate in riferimento a questo aspetto interpretandole alla luce di categorie teoriche ed evidenze di altri studi.

14.2. Il coordinatore del CDI: facilitatore di adattamento

Nelle strutture che si occupano di assistenza agli anziani non completamente autosufficienti le competenze e le professionalità sanitarie e assistenziali devono coniugarsi con la capacità di dare attenzione alle dimensioni organizzative del servizio (Orsenigo, 2011) cioè con la qualità dei processi di lavoro e delle modalità di interazione e di riconoscimento di chi vi opera, di chi vi entra in contatto, di chi vi si affida e di chi affida.

Un'organizzazione come un CDI deve quindi innanzitutto definire, operationalizzare e comunicare in maniera chiara quale tipo di comunicazione si vuole instaurare con il paziente e con i suoi familiari. Questo consente che tutti gli attori coinvolti nei processi di cura e assistenza abbiano una rappresentazione comune del servizio offerto, una mappa cognitiva interiorizzata che rispecchi non solo le procedure ma ancor di più il sistema di valori che l'organizzazione vuole trasmettere e applicare nel suo operare quotidiano. Se un'organizzazione complessa come è un CDI non definisce e condivide chiaramente l'oggetto dei propri processi di lavoro, l'esito rischia di essere un insieme di progetti e pratiche frammentarie e incoerenti, se non addirittura contrastanti. Un ulteriore rischio è che il lavoro di operatori e professionisti diventi una mera applicazione di prassi e regole proprie di ciascun gruppo professionale e di pratica che, per loro stessa natura lasciano cadere in secondo piano l'importanza di un approccio di cura e assistenza integrato, individualizzato e contestualizzato alle singole situazioni. In questo modo il paziente, e i suoi familiari, si riducono a semplici utenti destinatari del prodotto finale del processo. Senza alcun coinvolgimento bidirezionale però cre-

sce la probabilità che si creino situazioni di conflitto tra staff e famiglia e tra gli operatori stessi (Benzoni e Tarchini, 2012).

Il ruolo del coordinatore è una figura centrale per il corretto funzionamento di una struttura assistenziale. Si concentrano su questa figura i compiti di interpretazione delle esigenze di adattamento interno ai mutamenti del contesto e di (ri)definizione delle mappe cognitive individuali e dei costrutti di senso condivisi da attribuire all'oggetto e agli obiettivi di lavoro. La funzione di coordinamento può essere ricoperta da professionalità differenti in relazione alla complessità organizzativa, alla filosofia gestionale e ai contenuti che la funzione richiede. Il CDI Villa Sormani, proprio per il carattere complesso sia del servizio offerto che delle richieste della domanda, ha visto avvicinarsi nel tempo figure di coordinamento che a capacità, conoscenze ed esperienze professionali specifiche hanno affiancato soprattutto una visione d'insieme dei processi di cura e assistenza agli anziani di Fondazione Sacra Famiglia, grazie a un vissuto lavorativo precedente con altre mansioni organizzative nell'ente, e più in generale del territorio di riferimento, attraverso la capacità di tessere relazioni con le altre istituzioni presenti deputate alla cura e assistenza sociosanitaria.

Uno dei compiti principali, se non l'outcome principale delle funzioni di coordinamento è quello di controllare e soprattutto sostenere il lavoro degli operatori fornendo strategie e strumenti appropriati per la miglior riuscita dei processi di lavoro. Coordinare il lavoro in un'organizzazione complessa significa armonizzare, sostenere il lavoro dei singoli e dello staff affinché siano sempre orientati alla messa in pratica dei processi e dei valori condivisi. Coordinare e controllare si attuano attraverso la supervisione costante e diretta, il sostegno al lavoro quotidiano e alla gestione di imprevisti organizzativi attraverso procedure chiare e flessibili, definizione esplicita delle premesse e degli obiettivi. Il CDI rappresenta un'organizzazione complessa e soprattutto la chiara e condivisa definizione delle premesse valoriali e degli standard di riferimento diventa un elemento imprescindibile per la buona riuscita del processo assistenziale. Attraverso questo approccio tutti gli operatori coinvolti non sono semplicemente degli esecutori di prassi decise a priori, ma mettono in pratica con proattività quanto da loro stessi condiviso. Questo produce un maggior investimento cognitivo ed emotivo, maggiore riconoscenza di competenze e conoscenze professionali e aumenta il livello di fiducia tra organizzazione ed ente che si ripercuote positivamente sulle dinamiche degli staff di lavoro e quindi sugli outcome del servizio prestato.

Questo approccio si realizza nella pratica attraverso il mantenimento di relazioni costanti tra i membri dello staff e il coordinamento, la condivisione delle esperienze individuali, l'analisi e l'interpretazione di incidenti organizzativi. Pur risultando costoso nella sua implementazione e mantenimento, in termini di tempo e risorse cognitive messe in campo, questo tipo di approccio è in grado di aumentare la consapevolezza, la condivisione e la fiducia all'interno dello staff e nei confronti dell'organizzazione. Sul lungo periodo questo inevitabilmente migliora il grado di soddisfazione per il proprio lavoro, elemento chiave che riduce il rischio di abbandono e di frequente turnover degli operatori

Sia nelle prime fasi di attività del CDI Villa Sormani che poi nel prosieguo della sua esperienza, i coordinatori si sono dimostrati consapevoli dell'importanza di porre l'enfasi sulla necessità di avere un gruppo di lavoro coeso capace di condividere soprattutto un pensiero comune rispetto alla cura e assistenza degli anziani, piuttosto che sulla necessità di definire, ruoli, mansioni e prassi indipendenti dall'integrazione tra le responsabilità e i compiti individuali. Grande attenzione inizialmente è stata quindi data a percorsi formativi ad hoc e al coinvolgimento flessibile e trasversale di tutti gli operatori nei percorsi di presa in carico degli utenti, facendo in modo che lo scambio tra coordinamento e gruppo di lavoro fosse bidirezionale e che si avvertisse da parte di tutti l'appartenenza all'intero progetto assistenziale.

Nel periodo di transizione dal tradizionale CDI al Centro diurno per persone con demenza si sono verificati fenomeni di calo della motivazione di alcuni membri dello staff, dato dal mismatch tra aspettative e reali contenuti del lavoro adattato alle nuove esigenze. Questo ha portato ad un aumento del turn over, uno dei principali fattori di rischio per la qualità delle prestazioni assistenziali. Per far fronte a questa situazione ancora una volta risulta fondamentale la capacità del coordinatore di dotare l'organizzazione di una mission, di un sistema valoriale che sia la premessa di tutte le attività. Attraverso la sensibilizzazione continua degli operatori alle nuove criticità ed esigenze della domanda, a nuovi assetti organizzativi con orari e proposte alternative e integrate più rispondenti alle richieste della domanda e interventi di sostegno e formazione specifica per gli operatori, Villa Sormani è riuscita ad adottare le corrette strategie che hanno consentito di proseguire le attività mantenendo standard elevati di qualità e rispondendo al tempo stesso ai nuovi bisogni del territorio. Il buon esito di questi processi è misurato da un ritorno ad una maggiore stabilità nella composizione dello staff di lavoro (solo tre avvicendamenti dal 2015) e ad un'elevata soddisfazione del

lavoro e percezione di adeguatezza ai ruoli ricoperti riportata dagli operatori attualmente in servizio, che risultano così anche più produttivi e pronti e disponibili a gestire situazioni non standard, sempre più frequenti in presenza di anziani non autosufficienti, con demenza e problemi di comportamento.

14.3. L'importanza della comunicazione interna e la gestione dello stress da lavoro

Lo stress nei luoghi di lavoro è un problema complesso, di notevole importanza psicosociale, che fissa costi elevati sia per il singolo operatore, sia per l'organizzazione dove si manifesta. Gli operatori che svolgono la propria attività con gli anziani, spesso non autosufficienti, sono particolarmente esposti ad uno stress emotivo tipico delle professioni di cura e assistenza, accentuato da fattori quali la cronicità e il complesso set di aspettative dei familiari caregiver. L'elevato livello di stress non colpisce solo l'operatore ma si ripercuote anche sull'utenza poiché viene erogato un servizio poco adeguato e di minore qualità. Il rischio è quello di un'implosione dell'organizzazione attraverso l'attivazione di un circolo vizioso che colpisce le relazioni di supporto e scambio tra i membri dello staff e, di nuovo, colpisce l'utenza che non beneficia di un approccio di assistenza integrato. Anche in presenza di personale con esperienza e altamente qualificato, non va trascurata l'importanza della condivisione e comunicazione continuativa, affinché ogni singolo operatore e professionista sia portato a sentirsi parte integrante di un processo complessivo di assistenza, cura a presa in carico del paziente anziano e dei suoi familiari caregiver, piuttosto che ad attenersi ad applicare regole e prassi relative al suo ambito di azione ignorando il piano assistenziale individualizzato nel suo complesso. Questo aspetto diviene ancor più cruciale quando, a causa di mutamenti dei bisogni del territorio, come avvenuto con la progressiva sostituzione della domanda per i servizi di Villa Sormani da parte di anziani autosufficienti ad anziani con demenza, si rende necessaria una profonda riorganizzazione interna per poter continuare ad offrire un servizio di qualità e aderente alle aspettative delle famiglie.

La letteratura ha evidenziato come ci siano in particolare due bisogni espressi: il bisogno di confronto e il bisogno di supporto. La soddisfazione di queste due esigenze, attraverso appositi interventi, riduce notevolmente il rischio di burnout (Astrom *et al.*, 1991)

In merito al bisogno di confronto Villa Sormani ancora una volta si ca-

atterrizza come esperienza altamente positiva. In tutte le sue fasi storiche, e ancor di più nei periodi più delicati di adattamento ai nuovi modelli organizzativi di assistenza, l'integrazione e il confronto tra tutte le figure presenti nello staff del centro sono stati obiettivi perseguiti con appositi interventi. Sono infatti divenuti man mano interiorizzati nelle procedure standard gli incontri mensili di staff per discutere dei singoli casi, così da rendere tutti coinvolti e partecipi e aumentare il know how di gruppo. Accanto a questi incontri, attualmente se ne affiancano poi altri per sottogruppi a cadenza settimanale (il lunedì riservato all'organizzazione settimanale per gli operatori; il mercoledì gli incontri per la revisione dei Piani di assistenza individuale; il giovedì gli educatori per la discussione dei progetti in atto e da programmare) che oltre ad avere il compito di mantenere sempre alto il livello di conoscenze condivise rispetto alle attività in corso, promuovono la creazione e il mantenimento di una comunicazione interna tra tutti i membri dello staff e il continuo processo di socializzazione di valori, norme, stili di comportamento che possono essere condivisi solo attraverso procedure di learning by doing, ovvero con la pratica e il confronto dati dalle attività quotidiane. Gli incontri di staff, come emerge dalle interviste, oltre a migliorare la conoscenza dei casi individuali e a favorire l'integrazione tra le professionalità nel progetto di assistenza, permettono ai singoli membri di migliorare la consapevolezza del sé e del proprio ruolo. Il risultato finale è la crescita della motivazione e della condivisione dei vissuti lavorativi tra membri dello staff, con la conseguente crescita della qualità del servizio offerto all'utenza. L'ascolto attivo e critico delle osservazioni e il riesame integrato degli interventi permette inoltre un lavoro di maggior qualità, la persecuzione degli obiettivi essenziali, l'autovalutazione del proprio operato, l'instaurarsi di un rapporto di reciproca fiducia tra gli operatori e le figure di coordinamento apicali e intermedie.

Tuttavia favorire processi di comunicazione interna non è l'unica strategia adottata nel CDI Villa Sormani per far fronte alle complessità di un'utenza con caratteristiche e bisogni assai diversificati.

È necessario monitorare costantemente il livello di stress degli operatori, soprattutto quando lavorano con gli anziani non autosufficienti e adottare eventuali interventi di supporto al personale. La principale fonte di stress cui bisogna fra fronte è infatti rappresentata, così come espressa nelle interviste da operatori e professionisti con differenti mansioni, dalla gestione dell'incertezza quotidiana data dal tipo di utenza che afferisce al CDI. Come dimostrato da un precedente studio italiano (Bellotti e Madera, 2008), il confronto quotidiano con situazioni impegnative in costante cambiamento sembra faci-

litare la consapevolezza di disagio e fa aumentare la percezione di inadeguatezza e il bisogno di orientamento sulle pratiche da adottare e sulle interazioni con i pazienti e con il gruppo di lavoro. Per far fronte al rischio di burnout si può agire sul rafforzamento delle conoscenze e sul supporto psicologico agli operatori. Le strategie adottate nel CDI Villa Sormani si sono caratterizzate nel tempo per aver sempre tenuto in considerazione sia il benessere psicologico dei propri lavoratori che l'adeguamento delle conoscenze. Interventi formativi ad hoc tenuti da professionisti altamente qualificati sono sempre stati previsti nell'organizzazione del CDI Villa Sormani

Gli operatori, come in altre strutture sanitarie complesse, possono contare anche sulla figura dello psicologo per incontri di counselling per far fronte a periodi di elevato stress lavorativo, che si presentano solitamente quando non c'è aderenza tra le richieste e la percezione delle proprie capacità di adattamento.

La formazione e il supporto sono stati pienamente interiorizzati nelle prassi organizzative del CDI Villa Sormani, prevedendo inoltre negli ultimi anni, quando il livello di incertezza è cresciuto di pari passo alla gravità delle condizioni di salute degli ospiti, un approccio integrato innovativo che unisce la formazione specifica al supporto psicologico. Grazie alla collaborazione tra terapeuta occupazionale e psicologa sono previsti degli incontri mensili per gli operatori e per gli educatori che hanno la finalità da un lato di accrescere le conoscenze e la consapevolezza delle problematiche legate alle patologie degli ospiti anziani e, dall'altro, di fornire uno spazio per il confronto e il supporto interno che parta dall'esperienza individuale per divenire poi conoscenza condivisa del gruppo di lavoro.

Una buona capacità dello staff di adattarsi agli imprevisti, al turn over dei pazienti, a nuovi compiti previene il rischio di burnout e aumenta quindi la qualità del servizio offerto. Nuovamente queste azioni dimostrano come sia da parte delle figure di coordinamento che dal lato dei lavoratori ci sia nel CDI Villa Sormani una capacità di interpretare il contesto e prevedere correttamente la crescita delle situazioni di potenziale criticità, richiedendo e implementando azioni che, come ammesso dai testimoni privilegiati, si sono dimostrate efficaci strumenti di prevenzione e risoluzione delle criticità, ovvero azioni di anticipazione operativa utili alla sopravvivenza dell'organizzazione.

14.4. Il triangolo paziente-équipe-famiglia

La transizione dalla famiglia a forme di assistenza istituzionalizzate comporta importanti adeguamenti nella vita dell'anziano e della sua famiglia. Il rapporto tra staff, anziano, familiari e altri utenti è un aspetto chiave nella transizione casa-struttura e contribuisce all'adattamento, all'integrazione, al senso di appartenenza e di familiarità con persone e luogo e quindi al benessere generale dell'utente anziano.

Gli utenti di un CDI sono seguiti da caregiver formali, ovvero gli operatori e i professionisti medico-sanitari che operano nella struttura, e da caregiver informali, ovvero i membri della famiglia che seguono gli anziani al di fuori della struttura. Risulta quindi fondamentale che per la buona riuscita di un progetto di assistenza ci sia cooperazione, condivisione e soprattutto un reciproco rapporto fiduciario (Gittell, 2008).

Studi precedenti hanno sottolineato le difficoltà di comunicazione tra caregiver formali e informali (Fiore e Casati, 2018). In particolare i secondi mostrano difficoltà nella piena comprensione dei processi di cura e assistenza e questo può portare a conflittualità nella gestione quotidiana dell'anziano con differenze tra le strategie e le pratiche messe in atto all'interno della struttura e in seno alla famiglia. Diventa quindi di fondamentale importanza la qualità della relazione tra staff e famiglia per il raggiungimento dell'obiettivo finale, il benessere del paziente anziano.

Il cambio dell'utenza, con anziani sempre meno autosufficienti, ha richiesto nel caso del CDI Villa Sormani un adattamento delle strategie di comunicazione. Le aspettative dei familiari nella fase di ingresso dell'anziano al CDI, pur di fronte a situazioni mediche gravi, sono rimaste ancorate al desiderio di un miglioramento delle condizioni del parente. Il desiderio di cura di fronte a situazioni di cronicità rischia pertanto di tramutarsi in conflittualità sulla gestione dell'assistenza. Per far sì che si crei un clima di fiducia tra paziente, staff e familiari caregiver è pertanto necessario che siano condivise le premesse valoriali e gli standard del servizio e che si attivi un processo comunicativo chiaro e costante. Il primo livello della comunicazione è in carico alle figure di coordinamento del CDI Villa Sormani che hanno come obiettivo principale soprattutto far prendere coscienza alla famiglia della condizione di cronicità del parente assistito, generare consapevolezza e conoscenza sulle componenti del progetto assistenziale offerto dal CDI e, soprattutto, preparare la famiglia ad una nuova gestione dell'anziano che diventa condivisa tra il caregiver informale e i caregiver formali che operano nel centro.

La gestione del distacco parziale tra anziano e famiglia è successivamente gestita dalle figure professionali, soprattutto infermieri professionali, che si pongono come tramite tra i familiari e l'équipe medica. Questo consente alla famiglia di avere una figura di riferimento interna allo staff del CDI Villa Sormani e di avere un momento quotidiano di confronto, aggiornamento e scambio di informazioni sugli aspetti di vita quotidiana dell'anziano. Questo sistema relazionale bidirezionale si fonda sulla condivisione delle strategie assistenziali, in modo che ci sia coerenza tra quanto avviene nel tempo trascorso al CDI e quanto accade invece in famiglia. Questo tipo di approccio genera un elevato livello di fiducia, elemento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

La strategia che si sta dimostrando vincente nel rapporto con le famiglie che si affidano ai servizi del CDI Villa Sormani è quella che mette al centro l'importanza della comunicazione in sé, basata sulla fiducia e riconosciuta da tutte le parti coinvolte come elemento imprescindibile e fondante del servizio offerto, piuttosto che la definizione di prassi e procedure di regolazione delle relazioni tra staff, ospiti e famiglie. Come riportato dagli operatori e dai familiari, proprio il clima di fiducia che così si viene a creare genera effetti positivi non solo sugli anziani ospiti del CDI, ma è utile anche a contenere il livello di ansia, stress e preoccupazione di chi affida i propri cari al centro.

14.5. Villa Sormani: un'organizzazione in salute

Il benessere organizzativo, la salute e la qualità della vita negli ambienti di lavoro sono diventati temi importanti nel management sanitario. Le organizzazioni sanitarie stanno iniziando a riflettere su come l'ambiente di lavoro, l'adozione di pratiche normative, procedurali e comportamentali, nonché la preferenza o il sostegno di particolari stili di convivenza, possano contribuire a creare benessere o malessere, a influire direttamente sullo stato di salute lavorativa degli operatori sanitari e assistenziali (Gigantesco *et al.*, 2004). Il fattore umano rappresenta un elemento primario nei processi di produzione ed erogazione di prestazioni servizi sanitari ed è in grado di influenzarne il risultato finale. La sua gestione e valorizzazione assumono quindi una valenza strategica per le organizzazioni di cura e assistenza sanitaria (Avallone, 2009).

Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano fenomeni quali la diminuzione della produttività, l'assentei-

smo, l'incapacità di gestione degli imprevisti, bassi livelli di motivazione, lo stress e il burnout, la ridotta disponibilità al lavoro, la carenza di fiducia, la mancanza di impegno, l'aumento del malcontento dei pazienti e dei familiari (Roelen *et al.*, 2008). Il concetto di salute organizzativa diviene quindi sempre più importante di fronte alle nuove sfide di cura e assistenza che si pongono sempre con più prepotenza all'attenzione degli enti che operano in campo sanitario. Un luogo di cura e assistenza in salute è un contesto di lavoro dove, attraverso processi e pratiche definite e socializzate, viene promossa e assicurata l'integrazione e la collaborazione professionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze, il consolidamento delle abilità e la promozione della crescita culturale al fine di costruire un forte senso di appartenenza all'organizzazione che assicura un ambiente di lavoro dove professionisti e operatori sono motivati al raggiungimento degli obiettivi. Quanto più un'organizzazione è in grado di anticipare i mutamenti del contesto o di implementare efficaci strategie di risposta a fattori di criticità che possono arrivare dall'esterno, come per il cambio nella composizione dell'utenza, o generarsi al proprio interno, facendo fronte ad esempio ad un aumento dei livelli di turn over del personale, tanto più la risposta in termini di qualità del servizio e capacità di far fronte alle richieste del territorio sarà efficace e garantirà la piena prosecuzione del servizio offerto.

Agendo in particolare sul proprio capitale umano, adottando strategie diversificate mirate all'accrescimento della conoscenza, alla condivisione del sistema valoriale, all'integrazione tra tutte le professionalità, al supporto per contrastare disagio e stress, il CDI Villa Sormani si è dimostrato un'organizzazione in grado di adattarsi con successo alle importanti criticità che negli anni si sono manifestate. Il CDI Villa Sormani rappresenta un caso utile a comprendere come un servizio, pensato ed architettato in un contesto storico e sociale con esigenze differenti dalle attuali, possa attraverso il coinvolgimento consapevole di tutti gli attori in gioco mutare le proprie premesse, creare nuove definizioni socialmente condivise del proprio oggetto di lavoro, mantenendo al tempo stesso il proprio obiettivo primario, ovvero fornire al territorio un servizio di assistenza di qualità e soprattutto rispondente ad una domanda in continuo mutamento, che vedrà nel futuro i Centri diurni integrati per persone con demenza divenire sempre più centri multiservizi, con un'organizzazione flessibile e pronta a gestire l'incertezza più che ad applicare procedure.

15. I Centri diurni tra scienza e prassi

Marco Trabucchi (*)

Nel campo dei sistemi organizzati in sanità e nell'assistenza è difficile trovare riferimenti della letteratura internazionale che possano adattarsi a quanto avviene nel nostro paese. Si deve quindi fare riferimento a pubblicazioni che tocchino marginalmente uno specifico argomento, mentre più facile è riferirsi al significato generale di interventi che si ispirano alla logica di servizi personalizzati, vicini al luogo di vita normale, come sono appunto i Centri diurni per gli anziani non autosufficienti e/o affetti da demenza. Quindi qualsiasi analisi per ottenere adeguate informazioni deve collocarsi a ponte tra scienza e prassi.

La ricerca sui servizi sanitari e assistenziali ha due scopi principali; il primo riguarda la possibilità di definire al meglio l'operatività degli stessi, mettendo in luce gli aspetti negativi e positivi di un determinato sistema organizzato. Questo aspetto ha una rilevanza civile ed economica; infatti diminuisce il rischio di offrire alla comunità servizi costosi, privi di reale efficacia, talvolta addirittura dannosi per il benessere fisico e psichico.

Il secondo riguarda il cittadino e la sua possibilità di formarsi opinioni affidabili per prendere decisioni consapevoli sulla propria salute. Quest'ultimo punto ha grande importanza sociale, perché ogni persona ha diritto di ricevere i trattamenti più adeguati rispetto al suo bisogno, senza dover necessariamente ricorrere ad altri per compiere decisioni importanti. Anche se non sempre il cittadino è in grado di comprendere il significato e i risultati di uno studio, la disponibilità di questo rappresenta un importante punto di riferimento, in particolare oggi, quando prevalgono atteggiamenti superficiali, talvolta veri e propri inganni motivati da interessi commerciali. È quindi auspicabile un forte incremento di ricerche e sperimentazioni, con le relative valutazioni, anche in un tempo di attenzioni preponderanti verso l'area della

(*) Università di Roma – Tor Vergata, GRG Brescia; NNA.

biologia nelle sue forme più innovative. Infatti, fino al raggiungimento di un “tempo felice”, privo di malattie e di disabilità a causa del trionfo della prevenzione e delle cure più avanzate, per molti anni ancora vi sarà bisogno di luoghi dedicati alla presa in carico di chi porta il peso delle sue fragilità, nonché dei suoi caregiver. In questa prospettiva si deve ricordare come nelle loro motivazioni originarie i fondi del Ministero della salute dedicati alla ricerca avrebbero dovuto essere focalizzati sulla ricerca per migliorare la funzionalità di singoli segmenti o di porzioni più ampie di servizi. Questo non è stato fatto negli ultimi decenni e ne subiamo ancora le conseguenze, soprattutto nell’area delle cronicità. Infatti il sistema ospedale possiede al suo interno il drive indotto dalla tecnologie (dall’imaging, all’interventistica, alle tecniche chirurgiche, ai nuovi approcci farmacologici, ecc.), che sono in grado di modulare le procedure e i comportamenti dell’ospedale stesso; le funzioni territoriali, dedicate prevalentemente alla cura dei cronici, non godono invece di questa situazione di vantaggio intrinseco, con gli effetti ben visibili sull’organizzazione dei servizi, nonostante la grande enfasi verbale dei programmatori sulla costruzione di piani per le cronicità.

Gli studi sui Centri diurni dovranno quindi essere ampliati nel prossimo futuro, per chiudere il gap tra il numero dei centri in continua espansione e la relativa mancanza di punti fermi. Sul tema della diffusione che sta avvenendo nel nostro tempo di servizi seri, anche se non dimostrati in modo analitico rispetto alla loro efficacia, si dovrebbero compiere indagini approfondite, per dimostrare che vi è un sentire diffuso in grado di selezionare, anche senza il supporto analitico, gli interventi efficaci e quindi soggettivamente da adottare.

È però doveroso ricordare che anche studi osservazionali, se condotti seriamente e senza voler raggiungere in ogni modo un obiettivo predefinito, possono avere un valore rilevante, non paragonabile a quello degli studi di intervento, ma ugualmente indicativo di alcune tendenze. Si pensi, ad esempio, alle ricerche che hanno dimostrato il declino dell’incidenza della demenza nel mondo sviluppato. Il fenomeno è inaspettato e poco rilevato, perché deve fare i conti con l’invecchiamento della popolazione, per cui continua a crescere il numero assoluto delle persone colpite dalla malattia. Comprendere però le ragioni di questo declino è importante, per identificarne le cause e quindi avere la possibilità di rinforzare i fenomeni sottostanti, quali il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, un migliore livello culturale, l’aumento del benessere economico, la diminuzione dello stress lavorativo. In questo caso gli studi trasversali hanno portato un notevole contributo di

conoscenze, sebbene non definitive; infatti la letteratura sulla prevenzione delle demenze è ancora largamente dibattuta.

Anche nell'ambito delle terapie è difficile trarre giudizi definitivi; ad esempio, quelle non farmacologiche, oggi sempre più diffuse, sono gradite ai pazienti, come verificato in molte osservazioni empiriche più o meno approfondite. Darne un giudizio di inutilità clinica non corrisponderebbe quindi a verità; bisogna valutarle caso per caso, misurandone i costi economici e organizzativi, nonché effetti considerati erroneamente non primari, come la funzione rasserenante, la riduzione dell'irrequietezza, un percepibile effetto sul benessere. Gli interventi non farmacologici nelle demenze si collocano anche nei Centri diurni (CD); sono un esempio di come l'effetto clinico sia ottenibile anche attraverso l'organizzazione stessa del luogo di cura. Infatti, l'insieme delle attività di un CD ottiene un effetto positivo, come potrebbe essere svolto da uno o più farmaci.

Tra gli studi osservazionali, parzialmente impropri dal punto di vista formale, ma molto utili per la scelta di un servizio o di un altro, si può collocare il giudizio dei fruitori e della loro famiglie. Il fatto che oggi vi sia ampio consenso sulla funzione dei Centri diurni, in particolare nei riguardi delle persone più fragili, indica un gradimento non solo sul piano psicologico, ma anche su quello dei risultati clinici, come discusso in questo volume (a questo proposito è largamente dibattuto il significato del rapporto tra giudizio soggettivo e valutazione oggettiva nel rilevare l'efficacia di un intervento, in particolare quando riguarda ammalati cronici).

Lo studio più significativo presente in letteratura sui Centri diurni è quello di Mossello e colleghi (2008); anche se non recentissimo, il lavoro ha misurato in modo accurato la condizione degli ospiti e il peso dell'assistenza sulle spalle dei caregiver, concludendo con l'affermazione di una precisa efficacia dei CD nel trattamento dei pazienti con significativa presenza di disturbi comportamentali. I CD si collocherebbero quindi sulla stessa prospettiva terapeutica dei neurolettici, permettendone una significativa riduzione dei dosaggi o sostituendoli quando si dimostrano di scarso o nullo valore terapeutico.

L'efficacia del CD sullo stress dei caregiver è uno degli aspetti maggiormente approfonditi nella letteratura; infatti almeno due lavori confermano che le persone affette da demenza coinvolte nelle attività dei Centri diurni mostrano un significativo miglioramento del comportamento e del sonno, senza gli effetti collaterali normalmente associati con i trattamenti farmacologici. Questi effetti ricadono vantaggiosamente su chi si cura degli ammalati, riducendo il pesante burden dell'assistenza e, di conseguenza, permettendo una maggiore

durata delle possibilità di cura all'interno del proprio domicilio. Gli studi di Zarit *et al.* (1998 e 2011) in questo campo rappresentano un punto fermo rispetto alla letteratura precedente, che presentava dati contraddittori sull'effetto dei Centri diurni sul benessere dell'ospite e della sua famiglia.

È di interesse anche lo studio di Quayhagen *et al.*, (2000) che hanno confrontato diversi modelli di intervento in pazienti affetti da demenza, studiati per la memoria, il problem solving, la fluenza verbale, e nei caregiver, per lo stato emotivo, lo stress, la capacità di coping. Hanno dimostrato che l'assistenza diurna, come quella fornita da un CD, è in grado di ridurre l'aggressività e l'ostilità delle persone affette da demenza e di modificare l'adozione da parte dei caregiver di strategie negative di coping.

Questi studi hanno delle rilevanti limitazioni metodologiche nella raccolta dei dati; però concludono che l'assistenza condotta in modo appropriato nei Centri diurni rappresenta un momento utile nella cura del paziente, in particolare in alcune fasi della storia naturale, sia quando necessita di interventi terapeutici per i disturbi comportamentali, sia quando ha bisogno di un controllo clinico continuativo, sia quando si impostano interventi riabilitativi non eseguibili a domicilio.

Un aspetto particolare dei Centri diurni è rappresentato dai loro costi, che raggiungono cifre non indifferenti, non sempre gestibili dalla famiglia, in particolare quando il contributo pubblico è assente o ridotto (Zelman *et al.*, 1991). La problematica è aperta in tutto il mondo nel tentativo di ridurre i costi senza compromettere la qualità e la quantità degli atti di cura (Baumgarten *et al.*, 2002; Hweidi *et al.*, 2018); anche in Italia si percorre questa via per rendere i CD sempre più fruibili per gli anziani fragili.

La scarsità di dati sperimentali ottenuti dalla letteratura internazionale non può mettere in discussione il valore dei Centri diurni nella cura degli anziani non autosufficienti e affetti da demenza. Nella ricerca di soluzioni assistenziali adeguate ad una domanda in crescita deve essere valorizzato il contributo di un segmento dei servizi che permette allo stesso tempo di migliorare la salute dell'ospite, di controllare lo stress dei caregiver, di mantenere più a lungo il cittadino nel proprio domicilio e di ridurre la pressione sulla rete dei servizi. Sarà compito della comunità scientifica che opera in ambito geriatrico approfondire attraverso studi e ricerche le modalità operative dei Centri diurni che permettano di raggiungere i risultati migliori. Non sarà un compito facile sul piano metodologico, per i motivi ben noti, legati all'identificazione del campione e all'esigenza di gruppi di controllo, ma irrinunciabile per il continuo progresso della rete.

PARTE TERZA

Il Centro diurno di protezione sociale per anziani

16. Il Centro diurno di protezione sociale per anziani

Come indicato nel cap. 1, il Nomenclatore degli interventi e servizi sociali (2013-versione 2) approvato dalla Conferenza delle regioni nel 2013, prevede anche i Centri diurni di protezione sociale che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero di anziani (ed altre categorie) autosufficienti. Questi centri, nelle rilevazioni dei comuni, vengono quasi sempre assimilati al modello dei centri sociali per anziani. Si tratta quindi di strutture di ampia diffusione e di significativo impatto nella comunità tanto che la rilevazione ISTAT relativa ai dati 2015 della “Spesa dei comuni per i servizi sociali” (2017) per i centri sociali/aggregazione per anziani dei comuni segnalava la presenza di 295.687 anziani per una spesa complessiva di 12.107.463 euro.

A livello nazionale non ci sono altre indicazioni. Nella realtà locale, sette regioni – Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Piemonte, Toscana, Valle d’Aosta e la provincia autonoma di Trento – hanno approvato delle norme per l’autorizzazione dei Centri diurni di protezione sociale per anziani.

Le denominazioni, come al solito, sono variegate anche se tende a prevalere la denominazione di “Centro diurno per anziani”, mentre per quel che riguarda le finalità dei Centri diurni la prevalenza punta di più sulle attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione e i rapporti di comunicazione interpersonale ma non manca chi prevede una caratterizzazione più assistenziale con la possibilità di erogare delle prestazioni assistenziali e tutelari che rispondano a specifici bisogni della popolazione anziana (cfr. Tab. 42).

Tabella 42 – Definizione e finalità dei Centri diurni per anziani autosufficienti

Regione	Denominazione	Definizione e finalità
Calabria	Centro sociale per anziani	Esso promuove l'inclusione sociale dell'anziano nel territorio e l'integrazione con i servizi offerti dagli altri interlocutori presenti in campo sociale, sanitario, culturale e ricreativo che si occupano di questa fascia di età della popolazione.
Friuli-Venezia Giulia	Centro diurno per anziani autosufficienti	
Molise	Centro diurno per anziani	Struttura socio-assistenziale a regime semiresidenziale costituente luogo d'incontro e di relazioni in grado di permettere l'erogabilità delle prestazioni assistenziali, tutelari che rispondano a specifici bisogni della popolazione anziana, nonché di sollievo nei confronti della famiglia.
Piemonte	Centro diurno per anziani autosufficienti (CD)	I Centri diurni per anziani autosufficienti forniscono un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione, si caratterizzano per la polifunzionalità delle prestazioni e possono essere strutture autonome o integrazioni di presidi già esistenti.
Toscana	Centro diurno per persone anziane a bassa intensità assistenziale	
Trento	Centro servizi	Struttura semiresidenziale a carattere diurno, per anziani autosufficienti o con un parziale grado di compromissione delle capacità funzionali e adulti destinatari di interventi di assistenza domiciliare la cui attività concorre con altri servizi, e in particolare con l'assistenza domiciliare, a favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente.
Valle d'Aosta	Centro d'incontro	Struttura socio-assistenziale per anziani che offre attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione e i rapporti di comunicazione interpersonale.

Fonte: nostra elaborazione dei dati contenuti in bibliografia.

L'utenza dei Centri diurni di protezione sociale è costituita soprattutto da anziani autosufficienti anche se in un terzo dei casi sono accolti anche anziani parzialmente autosufficienti. Non sempre è necessario essere anziani. In Toscana e Valle d'Aosta vengono accolti anche adulti (cfr. Tab. 43).

Tabella 43 – Utenza dei Centri diurni di protezione sociale per anziani

Regione	Utenza
Calabria	Anziani
Friuli Venezia Giulia	Anziani (autosufficienti) con profilo di bisogno E
Molise	Anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, che non necessitano comunque, di assistenza sanitaria continua
Piemonte	Anziani autosufficienti
Toscana	Persone autosufficienti
Trento	Anziani autosufficienti o con un parziale grado di compromissione delle capacità funzionali e adulti destinatari di interventi di assistenza domiciliare. È possibile prevedere l'accesso a soggetti non autosufficienti per specifiche prestazioni purché opportunamente assistiti.
Valle d'Aosta	Prioritariamente alle persone anziane, anche se è accessibile a tutti i cittadini senza distinzione di età.

Fonte: nostra elaborazione dei dati contenuti in bibliografia.

La confusione regna sovrana sulla capacità ricettiva dei Centri diurni di protezione sociale. Si va dai 10 ai 40 posti ma la soluzione prevalente, ed anche la più condivisibile è quella di non indicare una capacità ricettiva standard anche perché questa dovrà rapportarsi all'ampiezza e alla capacità dei locali a disposizione (cfr. Tab. 44). Nella realtà, nei Centri diurni di protezione sociale in attività la frequenza è generalmente superiore, anche se più saltuaria, di quella indicata dalle varie regioni. Per esempio, nella provincia autonoma di Bolzano, dove i Centri diurni di questo tipo sono 133, la presenza media per centro è di oltre 50 anziani.

Tabella 44 – Capacità ricettiva dei Centri diurni di protezione sociale per anziani

Regione	Capacità ricettiva	Note aggiuntive
Calabria	Non determinata data la variabilità dei flussi di utenza	
Friuli-Venezia Giulia	Max 30 posti aumentabili fino a 40 in base al territorio e al fabbisogno	
Molise	10-30 posti	Qualora il Centro diurno sia collocato nello stesso edificio che ospita un servizio residenziale per anziani, l'ente locale può derogare sulla soglia minima della capacità ricettiva.
Piemonte	Max 20/25 posti	
Toscana	40 posti	
Trento	Rapportata all'ampiezza e capacità dei locali	
Valle d'Aosta	Non determinata	

Fonte: nostra elaborazione dei dati contenuti in bibliografia.

La valutazione delle normative relative al personale previsto evidenzia la presenza di due modelli di Centro diurno di protezione sociale per anziani:

- 1) il Centro sociale per anziani che non prevede personale strutturato, che si autogoverna con personale volontario e che si dedica soprattutto ad offrire attività ricreative e culturali e favorire la vita di relazione fra i frequentanti;
- 2) il Centro diurno per anziani a rischio di isolamento o con parziali compromissioni delle capacità funzionali a cui fornire prestazioni “leggere” finalizzate a promuovere il mantenimento dell’anziano nel proprio ambiente. In questo secondo caso, viene prevista una dotazione di personale molto blanda, che copre solo alcune ore della giornata ⁽¹⁾ per garantire alcune prestazioni assistenziali. Fa eccezione la regione Toscana che invece ha previsto una dotazione di personale sorprendentemente molto elevata (cfr. Tab. 45).

Tabella 45 – Il personale previsto nei Centri diurni di protezione sociale per anziani

Regione	Personale previsto
Calabria	Il Centro di avvale dell’azione volontaria dei propri aderenti per la gestione. Occorre identificare, tra gli anziani stessi, un responsabile del centro.
Friuli-Venezia Giulia	Non previsto.
Molise	Un coordinatore del servizio per almeno 12 ore a settimana con laurea triennale; Una figura professionale funzionale alla realizzazione delle attività ogni 10 utenti (educatore prof., OSS, animatore, ecc.); È possibile prevedere lo psicologo in misura legata alle esigenze dell’utenza; Almeno un addetto ai servizi generali, in possesso della qualifica di OSA ogni 15 anziani.
Piemonte	Non previsto.
Toscana	Per strutture di 40 posti sono previste le seguenti ore annue di assistenza: 18.628 per assistenza di base e alla persona; 980 per animazione socio-educativa e 780 per attività occupazionali e/o formative.
Trento	OSS, personale ausiliario; eventuale supporto da parte di volontari.
Valle d’Aosta	Il gestore designa un responsabile del servizio che può essere designato all’interno del gruppo di volontari che ne assicura il funzionamento.

Fonte: nostra elaborazione dei dati contenuti in bibliografia.

⁽¹⁾ Al gruppo di regioni di cui alla Tab. 45 si aggiunge anche la provincia autonoma di Bolzano che nei suoi centri vede mediamente la presenza di un operatore (soprattutto assistente geriatrico) per un paio di ore al giorno.

Quanto alle prestazioni, è difficile rappresentare un panorama troppo diversificato. Le uniche convergenze che coinvolgono peraltro solo 3 regioni su 7, riguardano la fornitura dei pasti, le attività di socializzazione ed animazione, le attività psico-motorie e le attività culturali.

Ancora più frammentata e diversificata è la situazione dei requisiti strutturali richiesti per l'autorizzazione dei Centri diurni di protezione sociale per anziani tanto che si rinuncia a proporre una sintesi. Solo quattro regioni (Calabria, Molise, Piemonte e p.a. Trento) si sono espresse su questo tema e la quinta, la Valle d'Aosta, ha stabilito per i centri gli stessi requisiti previsti per le civili abitazioni (cfr. Tab. 46).

Tabella 46 – I requisiti minimi strutturali dei Centri diurni di protezione sociale per anziani

Requisiti	Calabria	Molise	Piemonte	Trento
Completamente accessibile	Sì			Sì
2 locali per laboratori (20+20 mq)	Sì			
1 sala riunioni (almeno 60 mq)	Sì		Sì (mq 2 per ospite)	
1 servizio igienico	Sì		Sì	
1 servizio igienico per disabili	Sì		Sì	
1 servizio igienico per il personale	Sì	Sì		
Sarebbero opportuni spazi verdi	Sì			
Almeno 1 bagno ogni 10 anziani		Sì		
Spazi per ingresso, amministrazione, pranzo, soggiorno, riposo, socializzazione, attività ricreative, attività motorie, deposito materiali, attività di cura della persona		Sì		Sì
Sala riposo/lettura			Sì (mq 2 per ospite)	
Sala pranzo			Sì (mq 2 per ospite)	
Lavanderia/stireria			Sì (mq 0,4 per ospite)	Sì
Cucina/dispensa			Sì (mq 0,8 per ospite)	

Nota: la regione Valle d'Aosta, che non si riporta in tabella, ha previsto per i centri gli stessi requisiti previsti per le civili abitazioni.

Fonte: nostra elaborazione di dati contenuti nella bibliografia.

Una sintesi

Nel complesso, pur essendo molto diffusi, i centri di protezione sociale per anziani (che nel linguaggio comune sono spesso assimilati ai centri sociali per anziani) non sono regolati in modo omogeneo ed adeguato da parte delle

regioni. Anzi possiamo dire che non esiste un modello nazionale di organizzazione di questi Centri. A livello nazionale esistono solo poche righe per identificare i centri nel Nomenclatore degli interventi e servizi sociali mentre, a livello locale, le poche regioni che si sono occupate di questo tema lo hanno fatto in modo assolutamente disomogeneo.

Occorre però dire che l'assenza di norme di riferimento, di per sé, potrebbe non essere un problema. Anzi. Strutture di questo tipo per il ruolo prioritario di socializzazione che hanno e per la tipologia prevalente di persone (autosufficienti) che accolgono non dovrebbero avere una regolazione regionale con la definizione di requisiti più o meno impegnativi proprio per facilitarne la diffusione. La loro organizzazione dovrebbe essere demandata all'autonomia comunale con una base minimale di requisiti indispensabili (per esempio i servizi igienici, la dimensione minima degli spazi in relazione alla ricettività).

Ciò che è stridente, invece, è l'assenza di un modello culturale nazionale di Centro diurno di protezione sociale/centro sociale per anziani che promuova l'invecchiamento attivo, la vita di relazione e garantisca alcune prestazioni "leggere" (trasporto sociale, pasti, ecc.) al fine promuovere il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente e di migliorare la sua qualità della vita.

17. Conclusioni

Il Centro diurno è una forma assistenziale di provata efficacia, che riscuote un elevato grado di soddisfazione da parte delle famiglie e, infine, che ha costi assai inferiori rispetto alle forme di assistenza residenziali. Il Centro diurno si propone sia come intervento alternativo al ricovero in struttura residenziale e sia come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente dell'anziano fragile.

Ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona non autosufficiente o con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

L'assistenza in Centro diurno di soggetti affetti da demenza si è dimostrata efficace nel ridurre i disturbi del comportamento, che è la manifestazione di maggiore rilievo sia per il paziente sia per il caregiver. In particolare, alcuni studi clinici controllati (Mossello *et al.*, 2008; Quayhagen *et al.*, 2000; Zarit *et al.*, 1998 e 2011) hanno dimostrato che l'assistenza fornita dai Centri diurni Alzheimer è efficace in modo significativo nel ridurre i disturbi del comportamento degli utenti e lo stress dei caregiver. Studi controllati, ma non randomizzati, hanno dimostrato, inoltre, che l'assistenza di soggetti affetti da demenza in Centri diurni pospone l'istituzionalizzazione, probabilmente attraverso una riduzione dello stress e dei sintomi depressivi dei caregiver (Ministero salute, 2010). Ma effetti positivi per assistiti e caregiver familiari sono stati evidenziati in letteratura anche per gli anziani non autosufficienti non affetti da demenza (cfr. Cap. 2).

I Centri diurni costituiscono dunque un servizio utile per gli anziani non autosufficienti e per le loro famiglie anche se ancora incidono poco nella realtà assistenziale italiana accogliendo solo 2,1 anziani su mille ogni anno. Inoltre, tale forma di assistenza è caratterizzata da una distribuzione diseguale da regione a regione, con ampi territori quasi del tutto privi di tali strutture. Molto modesta in particolare è la presenza dei Centri diurni Alzheimer. Con-

siderato il costante aumento della prevalenza di anziani affetti da disabilità e da demenza, tale carenza andrà accentuandosi di anno in anno.

Il Centro diurno per anziani non ha modelli organizzativi di riferimento. Ogni regione ha previsto una organizzazione diversa da quella delle altre regioni. Le differenze si registrano in tutti i campi: nelle tipologie dei centri, nell'orario di funzionamento, negli standard di personale assistenziale, nelle prestazioni erogate, nelle tariffe, ecc. Forse proprio questa è una delle criticità più importanti perché l'assenza di modelli di riferimento finisce per indebolire la validità e l'efficacia del setting assistenziale semiresidenziale. Questo volume, proprio per questo, si pone l'obiettivo di contribuire a superare questa criticità fornendo e suggerendo buone prassi, standard, linee guida e documenti che delineano un modello definito e maturo di Centro diurno per anziani non autosufficienti o con demenza ⁽¹⁾ a cui far riferimento.

Il Centro diurno per anziani è la cenerentola dei servizi per la non autosufficienza. È senz'altro il meno sviluppato e diffuso. Adesso sta al Ministero della salute e, soprattutto, alle regioni rilanciare la realizzazione di una più vasta ed omogenea rete di Centri diurni per anziani.

Un ruolo di promozione importante dovrebbe essere svolto dal Ministero della salute che, in accordo con le regioni italiane, promuova il lancio di un programma nazionale di sviluppo dei Centri diurni, in particolare nelle aree che ne sono quasi del tutto prive (Ministero della salute, 2010).

(¹) Non disdegnando neanche qualche nota sui Centri diurni di protezione sociale.

Bibliografia

- AGENAS, Progetto di ricerca corrente: "Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard". Sito web: www.assr.it (2009).
- ASSR, *Regione per regione i dati 2002*, Monitor n. 10/2004.
- ÅSTRÖM S., NILSSON M., NORBERG A., SANDMAN P.O., WINBLAD B., *Staff burnout in dementia care: relations to empathy and attitudes*. International journal of nursing studies, 1991; 28(1), 65-75.
- AVALLONE F., *Le organizzazioni sanitarie di fronte all'innovazione*. Relazione al Convegno internazionale: Creatività e innovazione in sanità, Dedalo e Panorama della Sanità, Roma, 2009.
- BAGAGLIA C., POLCRI C., *Mappatura dei servizi che si occupano di Alzheimer in Umbria*, Report di ricerca, Fondazione Angelo Celli e Regione Umbria, 2013. Sito web: <http://www.antropologiamedica.it/progetti/allegatiPdf/Report%20Mappatura%20Alzheimer%20definitivo.pdf>.
- BAGNARA L., COLOMBO E., BILOTTA C., VERGANI C., BERGAMASCHINI L., *Il dolore cronico nel paziente anziano*. G Gerontol, 2009; 57:262-266
- BAUMGARTEN M., LEBEL P., LAPRISE H., LECLERC C., QUINN C. *Adult day care for the frail elderly: outcomes, satisfaction, and cost*. J Aging Health. 2002;14(2):237-59.
- BELLOTTI G.G. e MADERA M.R., *Il burnout degli operatori geriatrici: equilibrio e discordanza tra persona e lavoro*. Ricerche di psicologia. Fascicolo 1/2, 2008, (1/2), 229-238.
- BENZONI A. e TARCHINI V., *Il coordinamento nei servizi residenziali per anziani*. I luoghi della cura, Anno 2012, n. 2, pp. 14-17.
- BERNABEI R., GAMBASSI G., LAPANE K. et al. *Management of pain in elderly cancer patients*. JAMA. 1998; 279: 237-249.
- BIAGINI C.A., CESTER A., MOSSELLO E., *Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer*, 2013; <http://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>
- BIANCHETTI A., *Quali servizi per l'Alzheimer?*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2009", Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2009.
- BUSILACCHI G., PESARESI F., *Diverse strategie nella richiesta di contributi agli utenti: un'analisi dei modelli di compartecipazione al costo dei servizi LTC nelle regioni*, La rivista delle Politiche sociali, n. 2/2005, Ediesse.
- CANNARA A., BRIZIOLI C., BRIZIOLI E., *Progettare l'ambiente per l'Alzheimer*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- CENSIS, *L'impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer: rifare il punto dopo 16 anni*, 2016: sito web: http://www.alzheimer-aima.it/img/iniziative/Aima-Censis-24-febbraio_Sintesi-dei-risultati.pdf.

- CESTER A., DEL NORD R., FABBO A., BRACALI I., CEI M., MASETTI G., MONTESI M., *Requisiti strutturali*, in (a cura di) MASOTTI G., BIAGINI C.A., CESTER A., MOSSELLO E., *Linee di indirizzo per i centri diurni alzheimer*, 2013: sito web: <http://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>.
- CHATTAT R., MELON M.C., ACHILLI A.C., GRASSI S., *In buone mani. Percorsi di ricerca a sostegno della cura*. Collana Quaderni CADIAL, 2012; 17.
- CISIS, *Nomenclatore degli interventi e servizi sociali* (versione 2), Roma, 2013.
- COMUNE DI TRENTO, *Indagine sulla soddisfazione degli utenti dei centri diurni per anziani*, 2008. Link: file:///C:/Users/Utente/Downloads/CDA_RISULTATI_web.pdf.
- DAVIS M.P., SRIVASTAVA M., *Demographics, assessment and management of pain in the elderly*. *Drugs Aging*, 2003; 20:23-57.
- DE VREESE L.P., CHATTAT R., GORI G., MECATTI E., MELLO A.M., DE MONTIS S., OSCARI P.L., RAGNI S., *Il trattamento psico-sociale*, in (a cura di) MASOTTI G., BIAGINI C.A., CESTER A., MOSSELLO E., *Linee di indirizzo per i Centri diurni alzheimer*, 2013: sito web: <http://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>.
- DI PUCCHIO A., *Survey dei servizi per le demenze*, 2015; sito web: http://www.iss.it/binary/deme/cont/DiPucchio_Presentazione_13_novembre_2015_12_novembre_Presentata_.pdf.
- EUROPEAN COMMISSION, *Long-term care for the elderly*, Luxembourg, 2012.
- IORE F. e CASATI F., *Complessità ed opportunità nel rapporto fra staff e parenti degli ospiti in RSA*. I luoghi della cura, Anno 2018, n.1, www.luoghicura.it.
- FRANZONI S., *Il dolore nelle residenze per anziani*. 55° Congresso Nazionale Società Italiana Gerontologia e Geriatria, Firenze, 30 novembre-4 dicembre 2010.
- GAUGLER J.E., JARROTT S.E., ZARIT S.H., STEPHENS M.A., TOWNSEND A., GREENE R., *Adult day service use and reductions in caregiving hours: effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003; 18:55-62.
- GENOVA A., PALAZZO F., *Il welfare nelle Marche*, Carocci, Roma 2008.
- GHETTI V., *Lo stato dell'offerta di servizi domiciliari e a ciclo diurno in Lombardia*, 2015, sito web: <http://www.lombardiasociale.it/2015/07/13/lo-stato-dellofferta-di-servizi-domiciliari-e-a-ciclo-diurno-in-lombardia/>.
- GIGANTESCO A., MIRABELLA F., BONAVIRI G., MOROSINI P., *La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario*. *Med Lav*, 2004; 95(6), 431-440.
- GITTELL J.H., WEINBERG D., PFEFFERLE S., BISHOP C., *Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes*. *Human Resource Management Journal*, 2008; 18(2), 154-170.
- GIUNCO F., GORI C., GUERRINI G., TIDOLI R., *Uno sguardo d'insieme*, in *Come cambia il welfare lombardo* a cura di C. GORI, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2011.
- HWEIDIA I.M., GHARAIBEH B.A., AL-OBEISATB S.M. *Adult Day Care Services: Directions for Moving Forward*. *Int J Gerontol*. 2018;1-5 [article in press].
- ISTAT, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2005*, ISTAT, Roma, 2008.
- ISTAT, *La spesa dei comuni per i servizi sociali – anno 2015*, ISTAT, Roma, 2017. Sito web: <https://www.istat.it/it/archivio/207979>.
- ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2012*, Istat, Roma, 2015. Sito web: <http://www.istat.it/it/archivio/166482>.

- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS), *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*, 2009: sito web: http://www.snlg-iss.it/PNLG/LG/018/LG_Inc.Dom-2007.pdf.
- MASOTTI G., BIAGINI C.A., CESTER A., MOSSELLO E., *Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer*, 2013: sito web: <http://www.centridiurnalzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Relazione al parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle politiche per l'handicap in Italia – Anno 2004-2005*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2006.
- MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, Decreto 17 dicembre 2008: *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali*.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Verifica adempimenti LEA, Link: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1302&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2004*, Ministero della salute, Roma, 2005.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere – anno 2006*, Ministero della salute, Roma, 2008.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Quaderni del Ministero della salute, *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*, n. 6/2010.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale – anno 2013*, Ministero della salute, Roma, 2017.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale – anno 2012*, Ministero della salute, Roma, 2015.
- MINISTERO DELLA SALUTE – COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Ministero della salute, Roma, 2007.
- MOSSELLO E., CALERI V., RAZZI E. et al., *Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress*. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23:1066-72.
- NEGRELLO S., PICCHIERRI A., Strategie di anticipazione e governance dei processi di ristrutturazione nei sistemi socioeconomici locali, in "Imprese globali, attori locali" a cura di S. NEGRELLO e A. PICCHIERRI, Franco Angeli, Milano, 2010, pp. 9-34.
- ORSENIGO A., *Organizzare organizzazioni che curano*. Rivista di Animazione Sociale, maggio 2011.
- PESARESI F., *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in GORI C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- PESARESI F., *RSA: costi, tariffe e compartecipazione dell'utenza*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013.
- PESARESI F., *Focus: i centri diurni*, in N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 5° Rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2015.
- PESARESI F., *Quanto costa l'RSA*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2016.
- PROVINCIA DI BOLZANO, Statistiche sociali 2017, 2017, link: [file:///C:/Users/Utente/Downloads/458253_Statistiche_sociali_2017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utente/Downloads/458253_Statistiche_sociali_2017%20(1).pdf).
- PROVINCIA DI BOLZANO, *Statistiche sociali 2003*, Bolzano, 2004.

- PROVINCIA DI TRENTO, *Il Fondo per la non autosufficienza in provincia di Trento*, Infosociale 4, Trento, 2002.
- PROVINCIA DI TRENTO, *Il bilancio sociale 2006*, Infosociale 33, Trento, 2006.
- REGIONE ABRUZZO: L.R. 10/3/2008, n. 5: *Un sistema di garanzie per la salute-Piano sanitario regionale 2008-2010*.
- QUAYHAGEN M.P., QUAYHAGEN M., CORBEIL R.R., HENDRIX R.C., JACKSON J.E., SNYDER L., BOWER D. *Coping with dementia: evaluation of four non pharmacologic interventions*. *Int Psychogeriatr* 2000;12:249-65.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA, *Centri diurni specializzati nell'assistenza alle persone con demenza – esperienze e materiali*, Bologna, 2006.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA – DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI, *Relazione sull'attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 122/07*, Bologna, 2007.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA – Sistema informativo delle politiche sociali, *Presidi e servizi socio assistenziali e sociosanitari in Emilia Romagna – dati al 31/12/2006*, Bologna, 2008.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA, *Rapporto FAR 2015 assistenza residenziale e semi-residenziale anziani*, Bologna, 2016.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA, *Rapporto FAR – anno 2012*, Bologna, 2013.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA, DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI E PER L'INTEGRAZIONE – Strumento per l'attuazione sostanziale del requisito generale 8.22 della d.G.r. n. 514/09, *Evitare il dolore inutile: dignità e qualità della vita delle persone anziane e delle persone disabili inserite in servizi semiresidenziali e residenziali accreditati*. Giugno 2015.
- REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA, D.G.r. 1377/2009: “L.R. 19/06 art. 31 – Approvazione elenco strutture residenziali per anziani”.
- REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA, *Rapporto sociale 2013*, Trieste, 2015.
- REGIONE LAZIO, *Primo rapporto sui servizi sociali del Lazio*, Roma, 2009.
- REGIONE LIGURIA E REGIONE VENETO – Progetto AIDA, *Linee guida nazionali per l'integrazione sociosanitaria*, 2013; sito web: http://www.projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/AIDA_linee-guida-nazionali-per-lintegrazione-sociosanitaria_DEF.pdf.
- REGIONE MARCHE, Osservatorio regionale politiche sociali ORPS – *I servizi sociali e socio-sanitari residenziali e semiresidenziali nelle Marche*, Ancona, 2012.
- REGIONE TOSCANA, *Rilevare la soddisfazione degli utenti nelle strutture per anziani non autosufficienti. Una sperimentazione sul territorio toscano*, Firenze, 2012. Link: <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/23556/Rilevare+la+soddisfazione+degli+utenti+nelle+strutture+per+anziani+non-autosufficienti+-+una+sperimentazione+sul+territorio+toscano/d90efebc-0574-4dd4-9651-5671232e05cc?version=1.0>.
- REGIONE TOSCANA, *Centri diurni per anziani*, Firenze, 2005.
- REGIONE VALLE D'AOSTA, *Osservatorio per le politiche sociali – Quarto rapporto*, Aosta, 2008.
- ROELEN C.A., KOOPMANS P.C., NOTENBOMER A., GROOTHOF J.W. (2008). Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. *Occupational Medicine*, 58(8), 567-571.
- SEARLE J.R., *La costruzione della realtà sociale*. Einaudi, Torino, 1995.
- SIMONI D., CANTINI C., PASSINI S., *Supporto e formazione ai caregiver*, in (a cura di) MASOTTI G., BIAGINI C.A., CESTER A., MOSSELLO E., *Linee di indirizzo per i centri diurni*

- Alzheimer*, 2013: sito web: <http://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>.
- SPI-CGIL, Ires: *L'Alzheimer in Lombardia: spunti per la riflessione*, 2013, sito web: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2013/12/Rapporto-Alzheimer.pdf>.
- TONON E., CAVALLINI M.C., FEDI I., IACOMELLI I., *Prevenzione e trattamento delle sindromi geriatriche*, in (a cura di) MASOTTI G., BIAGINI C.A., CESTER A., MOSSELLO E., *Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer*, 2013: sito web: <http://www.centridiurnialzheimer.it/sites/default/files/Linee%20guida%202013.pdf>.
- VALLA P. (a cura di), *Architetture e giardini per l'Alzheimer – il progetto come strumento terapeutico*, Provincia di Milano, Milano, 1999.
- WIMO A., MATSSON B., ADOLFSSON R., et al., *Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization – a controlled Swedish study*. Scand J Prim Health Care 1993; 11: 117-23.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Genève. WHO 2004.
- ZARIT S.H., KIM K., FEMIA E.E., ALMEIDA D.M., SAVLA J., MOLENAAR P.C., *Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011;66:538-46.
- ZARIT S.H., STEPHENS M.A.P., TOWNSEND A., et al., *Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1998; 53:S267-77.
- ZELMAN W.M., ELSTON J.M., WEISSERT W.G. *Financial aspects of adult day care: national survey results*. Health Care Financ Rev. 1991;12(3):27-36.

Norme nazionali

- Decreto del Presidente del consiglio dei ministri 12/1/2017: *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*.
- Accordo Conferenza unificata Stato-Regioni-Comuni n. 135/CU del 30/10/2014 recante: *Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*.
- Ministro per la solidarietà sociale, decreto 21/5/2001, n. 308: *Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328"*.
- D.P.C.M. 29/11/2001: *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*.
- L. 8 novembre 2000, n. 328: *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali*.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: decreto 17/12/2008: *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali*.

Delibere regionali

ABRUZZO

- Decreto del Commissario ad acta n. 117/2016 del 28 settembre 2016: *Riorganizzazione della rete territoriale – residenziale e semiresidenziale – per la non autosufficienza*.

cienza, la disabilità, la riabilitazione e le dipendenze patologiche. Approvazione del documento tecnico "Piano del fabbisogno regionale – residenziale e semiresidenziale – regione Abruzzo –" Criteri metodologici e procedurali per la conclusione del processo di riorganizzazione.

- D.G.r. 25/8/2016, n. 552: *Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari della disciplina prevista dal DPCM 159/2013- Modifica parziale degli artt. 5 e 6 richiesta di parere alla V commissione consiliare.*
- Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 4 aprile 2016: *Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali – area assistenziale degli anziani non autosufficienti.*
- Decreto del Commissario ad Acta n. 20/2014 del 19 febbraio 2014: *Avvio del procedimento di riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale.*
- L.r. 10/3/2008, n. 5: *Un sistema di garanzie per la salute – Piano sanitario regionale 2008-2010.*

BASILICATA

- D.G.r. 14/11/2017, n. 1218: *D.G.r. n. 504 del 1/6/2017 – approvazione definitiva dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sociosanitarie – provvedimento.*
- D.C.r. 24/7/2012, n. 317: *Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015. Ammalarsi meno, curarsi meglio. Approvazione.*
- D.G.r. 25/9/2009, n. 1645: *Legge regionale n.12/2008 – Atti attuativi – L.r. n. 20/08 direttiva vincolante per i direttori generali delle aziende sanitarie di Potenza (ASP) e di Matera (ASM) per l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale – distretti della salute.*

BOLZANO

- D.G.p. 15/9/2008, n. 359: *Approvazione del Piano sociale provinciale 2007-2009.*
- D.G.p. 19/11/2011, n. 1432: *Criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento del servizio Centro di assistenza diurna per anziani.*

CALABRIA

- D.G.r. 14/11/2016, n. 449: *Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali; l. 328/2000 e l.r. n. 23/2003.*
- D.C. ad acta 6/7/2015, n. 76: *P.O. 2013-2015. Programma 14.8 – Riequilibrio ospedale territorio. Approvazione documento di riorganizzazione della rete territoriale.*
- D.C.R. 6/8/2009, n. 364: *Piano regolatore degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei Piani di zona - Triennio 2007-2009.*

CAMPANIA

- Decreto commissario 29/5/2015, n. 52: *Recepimento accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione "indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la prsa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze.*
- Decreto commissario 21/3/2014, n. 18: *Adeguamento programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali.*
- Decreto commissario 10/10/2014, n. 110: *Determinazione tariffe per prestazioni sociosanitarie erogate dalle residenze Sanitarie assistenziali a ciclo continuativo e*

diurno di cui alla legge Regionale n. 8/2003 d DGRC n. 2006/2004. Ottemperanza sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013.

- D.G.r. 12/7/2007, n. 1811: *Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007.*
- D.G.r. 5/11/2004, n. 2006: *Approvazione delle "Linee d'indirizzo sull'assistenza Residenziale e Semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza.*

EMILIA-ROMAGNA

- D.G.r. 27/6/2016, n. 990: *Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano nazionale demenze".*
- D.G.r. 29/2/2016, n. 273: *Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati.*
- D.G.r. 10/3/2014, n. 292: *Adeguamento remunerazione servizi sociosanitari accreditati provvisoriamente e definitivamente.*
- D.G.r. 21/12/2009, n. 2110: *Approvazione del sistema omogeneo di tariffa per i servizi sociosanitari per anziani valevole per l'accreditamento transitorio.*

FRIULI-VENEZIA GIULIA

- D.G.r. 2/3/2018, n. 429: *Modifiche al sistema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.*
- D.G.r. 26/6/2015, n. 1266: *Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani. Approvazione definitiva.*
- D.G.r. 18/11/2010, n. 2326: *L.r. 10/1997, art. 13, comma 2. Determinazione abbattimento retta di accoglienza nei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti.*

LAZIO

- D.G.r. 7/2/2018, n. 131: *Modifiche alla d.G.r. 1305/2004 in materia di requisiti delle residenziali socio-assistenziali e attuazione articolo 69 della l.r. 11/2016.*
- D.G.r. 7/2/2018, n. 130: *Modifiche alla d.G.r. 24 marzo 2015 n. 124, Requisiti per l'accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali nella regione Lazio.*
- Decreto Commissario 7/11/2017, n. 467: *Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale del Lazio. Documento tecnico di programmazione.*
- Decreto Commissario 30/3/2016, n. 98: *Riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale. Strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane. Revisione e aggiornamento del decreto del commissario ad Acta n. U00452 del 22 dicembre 2014.*
- Decreto Commissario 3/3/2016, n. 60: *Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivi comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane.*
- Decreto Commissario 25/1/2016, n. 9: *Definizione delle tariffe per l'assistenza estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivi comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane.*
- D.G.r. 24/3/2015, n. 126: *Modifiche alla d.G.r. 1305/2004: Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali ed organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'articolo 11 della l.r. n. 41/2003. Revoca delle d.G.r.*

- 498/2006, d.G.r. 11/2010, d.G.r. 39/2012. Revoca parziale della d.G.r. 17/2011.
- Decreto Commissario 25/7/2014, n. U00247: *Programmi operativi regionali per il triennio 2013-2015. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionali della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative.*
 - Decreto Commissario 9/4/2013, n. 105: *Decreto reg. 9 aprile 2013 n. 105 Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. Decr. reg. n. 39/2012 e Decr. reg. n. 8/2011. Approvazione documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane.*
 - Decreto Commissario 8/3/2013, n. 76: *Assistenza territoriale. Rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti.*
 - L.r. 12 giugno 2012, n. 6: *Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza.*
 - Decreto Commissario 15/6/2012, n. 99: *Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA U0008/2012. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi.*
 - D.G.r. 25/1/2008, n. 40: *Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale.*

LIGURIA

- D.G.r. 28/12/2017, n. 1188: *Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali: elenco tipologie strutture; requisiti e procedure per l'autorizzazione.*
- D.G.r. 27/12/2013, n. 1773: *Centri Diurni per Anziani – Abrogazione integrale delle d.G.r. 1195/2003 e d.G.r. 506/2004. Abrogazione parziale (solo relativamente ai Centri Diurni per Anziani) della d.G.r. 1749/2011. Avvio sperimentazione nuovo modello di Centro Diurno Alzheimer.*

LOMBARDIA

- D.G.r. 8/5/2014, n. X/1765: *Sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013.*
- D.G.r. 14/5/2013, n. X/116: *Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo.*
- D.G.r. 5/8/2010, n. IX/399: *Disposizioni in merito alla remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale delle prestazioni erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA) nelle Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD), nei Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI), nei Centri Diurni per Disabili (CDD), nelle Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS) e negli Hospice.*
- DGR 22/3/2002 n. 7/8494: *"Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei centri diurni integrati".*

MARCHE

- D.G.r. 25/9/2017 n. 1105: *Piano regionale sociosanitario 2010-2014 – DGR 289/15 – revisione del Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale.*
- D.G.r. 9/4/2015 n. 289: *Piano regionale socio sanitario 2010-2014 – Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, sociosanitaria e sociale.*

- D.G.r. 25/11/2014 n. 1331: *Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra regione Marche ed enti gestori. Modifica della d.G.r. 1011/2013.*
- D.G.r. 9/9/2014 n. 1013: *Modifica alla d.G.r. n. 986 del 7/8/2014 “d.G.r. 1750 del 27/12/2013 l.r. n. 13 del 20/6/2003 – autorizzazione agli enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l’anno 2014 – modificazioni ed integrazioni”.*

MOLISE

- D.C.A. 16/11/2017, n. 60: *D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Provvedimenti.*
- Regolamento regionale 27/2/2015, n. 1: *Regolamento di attuazione della legge regionale n. 13 del 6.05.2014 Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali.*
- D.C.R. 9/7/2008, n. 190: *Piano sanitario regionale – Triennio 2008-2010.*

PIEMONTE

- D.D. 30/6/2016, n. 381: *d.G.r. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 “Modulazione dell’offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di valutazione geriatrica” – Adozione della nuova Cartella Geriatrica dell’Unità di valutazione geriatrica.*
- D.G.r. 20/4/2015, n. 18-1326: *Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall’esercizio 2015.*
- D.G.r. 2/8/2013, n. 85-6287: *Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla DGR 45-4248 del 30 giugno 2012.*
- D.G.r. 25/6/2013, n. 14-5999: *Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all’ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013.*
- D.G.r. 30/7/2012, n. 45-4248: *Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.r. n. 25-12129 del 14.9.2009 e D.G.r. n. 35-9199 del 14.7.2008. Revoca precedenti deliberazioni.*
- D.G.r. 7/2/2000, 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.G.r. 29/6/1992, n. 38-16335: *Deliberazione attuativa relativa ai presidi socio-assistenziali.*

PUGLIA

- D.G.r. 2/8/2013, n. 1534: *L.r. n. 19/2006, art. 9 e art. 18 – Piano regionale delle Politiche Sociali III triennio (2013-2015) – Approvazione del Piano e assegnazione delle risorse a valere su FGSA 2013.*
- D.G.r. 12/4/2011, n. 691: *Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 “Linee guida regionali per la non Autosufficienza” e L.R. n. 2/2010 – art. 4 comma 6. Approvazione Linee guida regionali per l’accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari.*

- D.G.r. 28/12/2010, n. 3032: *R.Reg. 18 gennaio 2007, n. 4 – art. 32 – Approvazione studio di fattibilità per la determinazione delle tariffe di riferimento regionale per i servizi residenziali e semiresidenziali per disabili. Presa d'atto dello schema di Intesa con l'ANCI sui criteri per la determinazione delle tariffe e approvazione delle tariffe.*
- L.r. 9/8/2006, n. 26: *Interventi in materia sanitaria.*

SARDEGNA

- D.G.r. 30/12/2010, n. 47/42: *Provvedimenti attuativi della l.r. n. 10/2006. Revisione ed integrazione dei requisiti minimi generali e specifici per l'autorizzazione per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private con conseguente attribuzione delle competenze autorizzative agli Enti preposti. Modifica e integrazione della Delib.G.R. n. 34/26 del 18.10.2010.*
- D.G.r. 13/6/2006, n. 25/6: *Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati.*

SICILIA

- Decreto Assessorato Salute 31/7/2017: *Approvazione del documento, recante: Il servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi sociosanitari e del sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni sociosanitarie.*

TOSCANA

- D.P.G.R. 9/1/2018, n. 2/R: *Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).*
- D.G.r. 11/12/2017, n. 1402: *Piano regionale demenze e indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari in attuazione del piano nazionale demenze. Recepimento del PDTA nazionale e delle linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per le demenze.*
- D.G.r. 22/3/2010, n. 370: *Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente.*
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3/3/2010, n. 29/R: *"Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).*
- D.G.r. 11/5/2009, n. 385: *Atto di indirizzo regionale per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 della legge regionale 66/08 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza.*
- D.P.G.R. 26/3/2008 n. 15/R: *Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).*
- D.G.r. 25/3/2008, n. 231: *Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).*
- D.G.r. 13/10/1998, n. 311: *Revisione quota sanitaria per le prestazioni in RSA per anziani e determinazione quota sanitaria per l'assistenza in centri diurni.*

PROVINCIA TRENTO

- D.G.p. 15/12/2014 n. 2226: *Direttive provinciali per la gestione e finanziamento dei Centri Diurni e indicazioni sul finanziamento del servizio di assistenza domiciliare*

denominato SAD in ADI , SAD in ADI-CP e il servizio di assistenza domiciliare per persone con demenza (ADPD) per l'anno 2015.

- L.p. n. 8/2009: *Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'Alzheimer e di altre malattie neurodegenerative legate all'invecchiamento e per il sostegno delle famiglie nonché modificazioni dell'art. 49 l. p. 10/1993.*
- Delibera G.p. n. 199/2002 dell'8/2/2002: *Approvazione catalogo delle tipologie di servizio.*

UMBRIA

- D.G.r. 30/11/2009, n. 1708: *Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni": Programmazione delle risorse, riferimenti metodologici per la redazione del Piano attuativo triennale del PRINA e del Programma operativo del PRINA, approvazione Nomenclatore-tariffario delle prestazioni e degli interventi per i non autosufficienti, e ulteriori misure attuative.*
- Delibera Consiglio regionale 28 aprile 2009, n. 298: *Piano sanitario regionale 2009/2011.*

VALLE D'AOSTA

- D.G.r. 22/2/2013, n. 265: *Approvazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in valle d'aosta ai sensi della l.r. 93/1982. revoca delle deliberazioni della giunta regionale 2282/2007 e 1557/2008. sostituzione dell'allegato alla deliberazione della giunta regionale 2957/2011.*
- D.G.r. 21/12/2007, n. 3745: *Approvazione di modificazioni, con decorrenza 01.01.2008, ai requisiti organizzativi minimi per l'esercizio di attività sociosanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private destinate alla cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer, approvati con d.G.r. 2419/2006 e modificati con d.G.r. 1030/2007, ai sensi dell'articolo 38 della Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e della deliberazione della Giunta regionale in data 21 giugno 2004, n. 2103.*
- D.G.r. 20/4/2007, n. 1030: *Approvazione di modificazioni ai requisiti organizzativi minimi per l'esercizio di attività sociosanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private destinate alla cura delle persone affette dal morbo di Alzheimer, approvati con d.G.r. 2419/2006, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e deliberazione della Giunta regionale in data 21 giugno 2004 n. 2103.*
- D.G.r. 25/8/2006, n. 2419: *Approvazione di nuovi requisiti organizzativi minimi per l'esercizio di attività sociosanitarie nell'ambito di strutture pubbliche e private destinate alla cura delle persone affette da morbo di Alzheimer, ai sensi dell'art. 38 della rlr. 25.1.2000, n. 5 e della D.G.r. in data 21.6.2004, n. 2103. Revoca delle deliberazioni della Giunta regionale n. 1533/2003 e n. 1796/2004.*

VENETO

- D.G.r. 22/6/2010, n. 1673: *Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili accolti nei centri di servizio residenziali. Anno 2010.*
- D.G.r. 16/1/2007, n. 84: *L.r. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" – Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali.*
- D.G.r. 16/11/2001, n. 3072: *Centro socio-sanitario per anziani: linee guida per il funzionamento.*

PARTE QUARTA Allegati

SOMMARIO

A1. Schema di Carta del servizio

Gentilmente messa a disposizione dalla Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa (FTSA) di Poggibonsi (SI) e relativa al Centro diurno per anziani non autosufficienti dell'Altavaldelsa "Simonetta Canestrari".

A2. Schema di questionario sul grado di soddisfazione dei familiari

A3. Schema di questionario sul grado di soddisfazione dell'utente

I due schemi di questionario sono stati elaborati all'interno della ricerca commissionata dalla Regione Toscana dal titolo "Rilevare la soddisfazione degli utenti nelle strutture per anziani non autosufficienti. Una sperimentazione sul territorio toscano" (<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/23556/Rilevare+la+soddisfazione+degli+utenti+nelle+strutture+per+anziani+non-autosufficienti+-+una+sperimentazione+sul+territorio+toscano/d90efebc-0574-4dd4-9651-5671232e05cc?version=1.0>). La ricerca è stata coordinata dal dott. Claudio Castegnaro dell'IRS Milano che ha autorizzato la pubblicazione degli schemi.

A.4. Come appaltare la gestione di un Centro diurno per anziani:

a. relazione tecnica

b. capitolato

c. disciplinare di gara

di Marta Filipponi e Federica Mercuri

Allegato A1

Schema di Carta di servizio

CENTRO DIURNO
PER
ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI
dell'Altavaldelsa

"Simonetta Traversari"

CARTA
DEI
SERVIZI



Sommario: 1. Finalità della carta dei servizi. – 2. Le finalità istituzionali della fondazione territori sociali Altavaldelsa. – 2.1 Principi e valori. – 2.2 Umanizzazione. – 3. Missione. – 4. Identità. – 5. Impegni del gestore del servizio nei confronti del personale dipendente e operante nelle residenze sanitarie assistenziali. – 6. Dove siamo. – 6.1 Obiettivi generali. – 7. La struttura: storia. – 8. Caratteristiche delle prestazioni. – 8.1 L'area di bisogno cui gli interventi sono destinati. – 9. Modalità organizzative e risorse professionali. – 9.1 Organigramma. – 9.2 Area Amministrativa. – 9.2.1 Direttore Generale. – 9.2.2 Direttore Area Residenziale e Semiresidenziale. – 9.2.3 Referente di Struttura. – 9.3 Area Sanitaria e Assistenza alla persona. – 9.3.1 Assistenza Infermieristica. – 9.3.2 Assistenza alla persona. – 9.3.3 Assistenza Riabilitativa. – 9.4 Attività culturali e di animazione. – 10. Servizi socio-assistenziali e comfort alberghieri. – 10.1 Ristorazione. – 11. Le risorse comunitarie e familiari e le forme di coinvolgimento. – 12. Organizzazione e erogazione del servizio. – 12.1 Ammissione. – 12.2 Modalità di accoglienza. – 12.3 Referente della presa in carico e metodologia. – 12.4 Forme e sedi di valutazione di efficacia degli interventi. – 12.5 Coinvolgimento/partecipazione dell'utenza in carico al servizio e sedi e strumenti di partecipazione. – 12.6 La Rinuncia. – 12.7 Le dimissioni. – 12.8 Le assenze. – 13. Giornata tipo e attività giornaliera. – 14. Gestione delle informazioni e della documentazione. – 14.1 La documentazione assistenziale. – 14.2 Procedure e protocolli di lavoro. – 14.3 Strumenti per informazioni e comunicazione con l'utenza. – 15. Diritti e doveri degli ospiti e dei familiari. – 15.1 Doveri dell'ospite e dei familiari. – 15.2 Diritti degli ospiti. – 16. Il costo del servizio. – 17. Sistema di valutazione della soddisfazione ospiti e dei loro familiari. – 17.1 Strumenti e le forme di valutazione. – 18. Strumenti di tutela. – 18.1 Presentazione dei reclami da parte degli ospiti nei confronti dei responsabili dei servizi. – 18.2 Clausole contrattuali e rispetto della normativa. – 19. Tutela della privacy. – 20. Pubblicizzazione.

1. FINALITÀ DELLA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi è il documento con il quale la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa definisce la natura e le modalità organizzative dei vari servizi offerti agli ospiti delle nostre residenze. È lo strumento con il quale la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa intende:

- esplicitare la struttura dei servizi destinati agli ospiti e le relative caratteristiche;
- definire gli standard di qualità che si impegna a garantire;
- instaurare un rapporto diretto con gli ospiti e i loro familiari con chiarezza di compiti e responsabilità;
- promuovere la partecipazione attiva degli ospiti.
- garantire un'attenzione continua alla qualità dei servizi.

2. LE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTAVALDELSA

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa gestisce i Servizi Socio-Assistenziali demandati dall'associazione dei Comuni della Val d'Elsa e si integra con i servizi sanitari e sociosanitari della Zona Alta Val D'Elsa dell'Azienda USL Toscana Sud Est.

Comprende nel suo territorio i Comuni di: Casole d'Elsa, Colle di Val d'Elsa, Poggibonsi, Radicondoli, San Gimignano.

Oltre a fornire i servizi già attivi la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa è chiamata a nuovi progetti e nuovi modelli e strategie di intervento per realizzare nella Val d'Elsa un Welfare locale che sappia assicurare a tutti la piena cittadinanza.

2.1 *Principi e valori*

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa persegue la promozione e la gestione dei servizi riferiti ai bisogni della persona e delle famiglie, attraverso attività sociali, socio-sanitarie e socio-assistenziali, finalizzate alla cura, al consolidamento e alla crescita del benessere personale, relazionale e sociale degli ospiti.

I principi che la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa persegue sono:

1. rispetto della libertà e dignità della persona valorizzando l'autonomia, le capacità e le risorse di ciascuna, nella progettazione ed erogazione degli interventi;
2. realizzazione di politiche locali volte alla prevenzione e alla rimozione delle cause di disagio sociale;
3. garantire l'uguaglianza e le pari opportunità rispetto a condizioni sociali e stati di bisogno, senza distinzione di sesso, razza, lingua, ceto sociale, religione e opinioni politiche;
4. valorizzazione delle capacità e delle risorse individuali per la predisposizione e realizzazione di interventi personalizzati ed appropriati al bisogno espresso, garantendo, ove possibile, la scelta;
5. sostegno all'autonomia delle persone fragili (non autosufficienti, disabili, minori) anche valorizzando il ruolo della famiglia come luogo privilegiato per la crescita, lo sviluppo e cura della persona;
6. sviluppo e qualificazione degli interventi e dei servizi favorendo anche la partecipazione attiva dei cittadini singoli o associati, nell'ambito dei principi di solidarietà e di auto-organizzazione.

Nello svolgimento delle sue attività, la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa verifica che gli interventi e i servizi siano orientati alla qualità in termini:

- di promozione e garanzia dei diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, la coesione sociale, l'autonomia individuale;
- di prevenzione e rimozione cause economiche e sociali che possono generare situazioni di bisogno ed emarginazione nell'ambiente di vita;
- di diritto per tutti i cittadini di usufruire di servizi, prestazioni, interventi (universalità e accessibilità) secondo le modalità che possono favorire la possibilità di scelta;
- di sostegno alla famiglia e all'individuo privilegiando il mantenimento nel proprio ambiente e provvedendo se necessario e dietro libera scelta all'assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali specifiche.

2.2 *Umanizzazione*

Tutti gli interventi pongono al centro la persona umana. In tale ottica anche l'organizzazione e la logistica dei vari servizi è concepita nel rispetto delle singole persone, dei loro ritmi e stili di vita, in un costante impegno di armonizzazione con le esigenze della vita comunitaria.

Il Centro diurno per Anziani non autosufficienti trova nelle seguenti linee comportamentali i valori dell'agire quotidiano:

- attenzione alla qualità della vita degli Ospiti e delle loro famiglie;
- costruzione di un rapporto umano con l'Ospite e la sua famiglia il più possibile personalizzato, per garantire un'assistenza a misura di Persona;
- integrazione delle esigenze dell'Ospite, della sua famiglia e degli interlocutori istituzionali (Comune, Regione, Azienda Sanitaria Locale) per una rete di sostegno più efficace;

- organizzazione di percorsi didattici e attività di formazione continua, che garantiscano e mantengano un elevato livello di professionalità e di motivazione del Personale;
- monitoraggio costante dei risultati, al fine di ricavarne indicazioni ottimali per la programmazione e la gestione della qualità dei processi e dei Servizi forniti.

3. MISSIONE

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa organizza servizi e persone per migliorare la qualità della vita in Val d'Elsa e assicurare la piena cittadinanza senza alcuna distinzione, nel rispetto dell'autonomia, dignità e identità personale e nel rispetto dei diritti relativi all'esercizio delle libertà individuali degli ospiti.

4. IDENTITÀ

Nella precisa convinzione che solo attivando tutte le risorse presenti nel territorio è possibile migliorare la qualità della vita e della comunità, la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, agisce sulla base di quattro elementi:

- *integrazione*: opera in integrazione con la Società della Salute Altavaldelsa e l'Azienda USL Toscana Sud Est per gli aspetti sociosanitari e crea reti con altri soggetti del territorio quali la scuola, i servizi per l'impiego, i Comuni, le cooperative sociali, le associazioni del territorio;
- *trasparenza*: adotta regole certe verso gli ospiti e verso i propri dipendenti, risponde alle Istituzioni delle proprie attività, favorisce la circolazione dell'informazione;
- *innovazione*: interpreta nuove esigenze, trova risposte e soluzioni nuove, sperimenta e immagina nuovi modelli di intervento;
- assistenza individualizzata e personalizzata.

5. IMPEGNI DEL GESTORE DEL SERVIZIO NEI CONFRONTI DEL PERSONALE DIPENDENTE E OPERANTE AL CENTRO DIURNO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa assicura:

- il rispetto dell'etica e della deontologia professionale,
- la disponibilità a confrontarsi con le rappresentanze sindacali per affrontare questioni legate al personale,
- l'aggiornamento professionale integrato per i propri dipendenti,
- la verifica costante dei requisiti degli operatori convenzionati nonché della loro formazione a lavoro,
- il coinvolgimento del personale nella formulazione delle procedure operative interne alle strutture,
- la tutela della sicurezza dei luoghi di lavoro attraverso quanto richiesto dalla normativa,
- il rispetto dei turni di lavoro con flessibilità a favore dei dipendenti,
- riunioni periodiche con il personale per affrontare i problemi interni alla struttura.

6. DOVE SIAMO

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, che ha la propria sede legale in Piazza Cavour, 2 a Poggibonsi e la sua sede amministrativa in Via Piave, 40, gestisce il

Centro diurno per anziani non autosufficienti *"Simonetta Traversari"*, ubicato in Via Carducci, 9 – Poggibonsi nello stesso stabile che ospita la Residenza Sanitaria Assistenziale *"Dina Gandini"*.

Il Centro diurno è situato nella zona urbana del paese, vicino ai luoghi di aggregazione sociale, la struttura ha un giardino dove l'anziano può sostare, partecipare alla vita sociale del paese e ricevere amici e parenti.

6.1 Obiettivi generali

Gli obiettivi che si intendono perseguire nell'erogazione di prestazioni e servizi all'interno del Centro sono:

- favorire la socializzazione;
- mantenere e migliorare le capacità residue degli ospiti;
- evitare l'istituzionalizzazione dell'anziano;
- favorire la permanenza nell'ambiente familiare;
- offrire un'alternativa al ricovero in struttura a tutti quei casi dove è presente il nucleo familiare nelle ore serali e notturne;
- fornire un valido aiuto alle famiglie;
- permettere la partecipazione attiva e la valorizzazione dei familiari per migliorare la qualità della vita dell'anziano e del nucleo nel suo complesso;
- fornire assistenza in osservanza del principio di attivazione e di stimolazione delle capacità residue;
- garantire il rispetto e la dignità degli ospiti.

Il Centro è autorizzato al funzionamento dal Comune di Poggibonsi, inoltre è inserito nell'elenco pubblico delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Pubbliche e Private accreditate ai sensi dell'art. 4, c. 3 legge R.T. n. 82 del 28/12/2009.

7. LA STRUTTURA: storia

Il Centro diurno per anziani non autosufficienti *"Simonetta Traversari"*, struttura pubblica che prende il nome dalla Responsabile Amministrativa della ex ASL 7 di Siena, tragicamente scomparsa nel 1998 a seguito di un incidente stradale, è stato aperto il primo giugno del 2007 con autorizzazione n. 128/2007.

Il Centro diurno, attraverso gli elementi caratterizzanti il servizio e lo stile di relazione interpersonale dei propri operatori, riconosce e favorisce il rapporto con il destinatario del servizio stesso e i propri familiari, promuovendo la dignità e il rispetto della persona.

L'organizzazione delle attività e la gestione delle risorse professionali in dotazione al servizio è orientata al riconoscimento e alla promozione del benessere dell'anziano nelle diverse dimensioni del sua vita: relazionale, comunitaria e di salute.

Essa discende da una visione d'insieme della persona umana e della condizione anziana, che tiene conto delle mutate esigenze di vita ad essa connesse e pertanto provvede a fornire all'ospite attività educative, di animazione e riabilitative oltre a servizi di carattere assistenziale e sanitario.

8. CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI

8.1 *L'area di bisogno cui gli interventi sono destinati*

Il Centro diurno “*Simonetta Traversari*” è una struttura semiresidenziale che ospita persone anziane non autosufficienti, allo scopo di evitarne l’istituzionalizzazione.

Il servizio offerto che garantisce alta integrazione tra l’assistenza sanitaria e quella sociale, si qualifica come componente importante nel percorso di assistenza della persona anziana e va a completare tutti quegli interventi sociosanitari territoriali rivolti agli anziani.

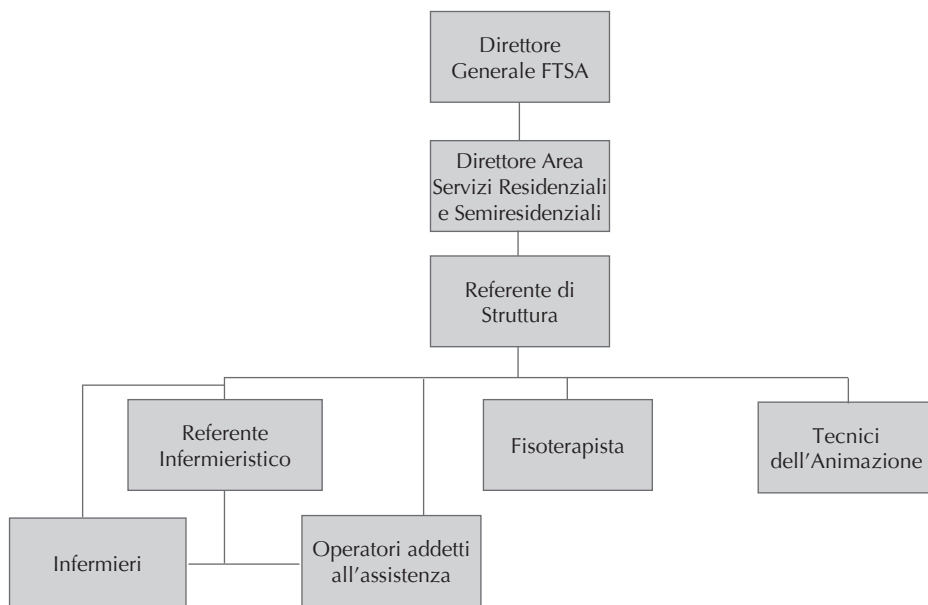
Nel Centro diurno, il lavoro è organizzato in maniera flessibile, secondo le esigenze sanitarie e sociali degli anziani che saranno individuati dal piano di assistenza personalizzato (P.A.P.).

Il Centro può accogliere fino a 15 ospiti ai quali offre prestazioni di tipo socio-assistenziale e sociosanitario ed in particolare:

- igiene personale e cura della persona;
- assistenza infermieristica (medicazioni, somministrazione terapia, richiesta intervento del medico in caso di alterate condizioni psicofisiche, ecc.);
- bagno assistito;
- somministrazione pasti (colazione, pranzo e merenda);
- assistenza riabilitativa, di recupero e mantenimento;
- attività terapeutico/occupazionali, animazione e socializzazione;
- uscite programmate;
- trasporti sociali con le associazioni di volontariato.

9. MODALITÀ ORGANIZZATIVE E RISORSE PROFESSIONALI

9.1 *Organigramma*



9.2 Area Amministrativa

9.2.1 Direttore Generale

Il Direttore Generale ha funzioni di

- gestione organizzativa ed amministrativa della Fondazione;
- organizzazione e promozione delle singole iniziative;
- verifica dei risultati;
- definisce, in ottemperanza alle deliberazioni del Consiglio di Indirizzo e di Gestione le linee strategiche e gli obiettivi da realizzare.

9.2.2 Direttore Area Residenziale e Semiresidenziale

Il Direttore d'Area svolge le seguenti funzioni di:

- programmazione e organizzazione dei servizi;
- formulazione di progetti;
- coordinamento del personale;
- gestione dei rapporti con i familiari, con le istituzioni, altri servizi Azienda Sanitaria Toscana e Fondazione e il terzo settore;
- realizza obiettivi definiti dal Direttore Generale;
- monitoraggio e verifica dei servizi.

9.2.3 Referente di Struttura

Il Referente della Struttura, all'interno della Struttura svolge le seguenti funzioni:

- coordinamento del personale e organizzazione dei turni di lavoro;
- organizzazione delle attività interne ed esterne;
- mantenimento e gestione dei rapporti con i familiari, con le istituzioni, altri servizi, Azienda Sanitaria Toscana, Fondazione e il terzo settore;
- formulazione dei progetti assistenziali personalizzati degli ospiti;
- coordinamento e conduzione di riunioni e gruppi di lavoro;
- assicurare e controllare il regolare funzionamento della struttura;
- attività amministrativa connessa allo svolgimento del lavoro.

9.3 Area Sanitaria e Assistenza alla persona

9.3.1 Assistenza Infermieristica

L'assistenza infermieristica si attua in applicazione al d.m. n. 739/ 1994 che individua il profilo dell'infermiere, la formazione, gli ambiti, gli obblighi e le competenze.

La presenza degli infermieri è condivisa con la Residenza Sanitaria Assistenziale ed è assicurata dalle nell'arco di tempo di apertura del Centro diurno.

9.3.2 Assistenza alla persona

Il servizio di assistenza alla persona è assicurato da Operatori addetti all'assistenza, attraverso modalità di intervento che privilegiano la persona, le sue esigenze e le potenzialità residue.

Le prestazioni assicurate sono:

- Accoglienza e gestione dell'inserimento nella Struttura;
- Igiene in caso di bisogno;

- Bagno assistito da programmare solo in casi particolari e se indicato nel Piano Assistenziale Individuale;
- Accompagnamento dell'ospite negli spostamenti all'interno della struttura;
- Accompagnamento in bagno dell'ospite;
- Aiuto nell'assunzione dei pasti;
- Sorveglianza, osservazione e registrazione delle condizioni psico-fisiche generali;
- Collaborazione con gli altri operatori;
- Sorveglianza degli ospiti al fine di ridurre i rischi di cadute e fughe.

9.3.3 Assistenza Riabilitativa

L'attività di fisioterapia, si applica in attuazione del d.m. n. 741 del 14/9/1994, istitutivo del profilo professionale del fisioterapista, che individua la formazione, gli ambiti, gli obblighi e le competenze. L'accesso garantisce il numero di ore come la l. n. 41/2005.

L'assistenza riabilitativa è affidata a personale qualificato che valuta i deficit motori e funzionali dei singoli ospiti che predispone piani di trattamento individuali o di gruppo e in collaborazione con il tecnico per l'animazione, programmi di ginnastica di gruppo. Tali interventi hanno la finalità di riattivazione e mobilitazione generale e della funzione psico-motoria e di terapia occupazionale.

9.4 Attività culturali e di animazione

L'animazione è effettuata da personale specificatamente formato per la professione di animatore di comunità, che favorisce i rapporti interpersonali tra gli ospiti e opera in sinergia con le altre figure professionali per garantire interventi personalizzati.

L'attività di animazione prevede una valutazione delle capacità dell'ospite necessaria a predisporre una scheda personale che individua obiettivi di intervento da svolgere attraverso attività individuali o di gruppo.

Per detta attività sono messi a disposizione materiali di vario genere (carta, cartone, plastilina, colori, ecc.) a seconda del tipo di laboratorio programmato.

Le attività di animazione contemplano anche momenti particolari durante l'anno, come feste, ricorrenze e altro che contribuiscono a creare un clima di serenità e a favorire dinamiche relazionali positive tra gli ospiti, gli operatori, i familiari e le Associazioni coinvolte.

Annualmente viene progettato un piano di animazione di struttura, a seguito di analisi dei bisogni relazionali. Si tratta di una progettazione delle attività animative/educative di durata annuale tracciate su un tema o una metafora e opportunamente strutturata e declinata di conseguenza.

Il progetto prevede il coinvolgimento delle altre figure professionali della struttura e ha collegamenti con i Piani Assistenziali Individuali (PAI) dei singoli ospiti.

10. SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E COMFORT ALBERGHIERI

10.1 Ristorazione

Il menù adottato e proposto al Centro, predisposto da una dietista, è valutato e validato dal Azienda USL Toscana Sud Est.

Formulato tenendo conto delle “Linee di indirizzo per la ristorazione assistenziale” formulate dalla Regione Toscana per la prima volta nel 2012.

I parametri nutrizionali di riferimento sono quelli indicati dai LARN (Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana – IV Revisione 2014). Sono inoltre state integrate le indicazioni desunte dalle Linee Guida per una sana alimentazione italiana – a cura dell’Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione.

Il Piano Nutrizionale prevede una sezione denominata “Il Prontuario dietetico” che rappresenta una base di partenza per il trattamento dieto – terapeutico delle patologie più frequenti rilevate nelle strutture per anziani e disabili della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa.

Il menù nella sua composizione tiene in considerazione:

- la varietà stagionale;
- le preferenze espresse dai residenti;
- le patologie dell’ospite;
- le festività e le occasioni speciali.

L’alimentazione risponde alla qualità e quantità delle esigenze dietetiche legate all’età e alle abitudini alimentari dell’ospite. Il menù estivo/invernale è supervisionato da un dietologo, liberamente consultabile dagli ospiti e dai loro rispettivi familiari, è affisso nella bacheca del Centro diurno.

Il menù consente all’ospite diverse possibilità di scelta, per rispondere alle preferenze alimentari o a particolari problemi di masticazione e di deglutizione. Si predispongono diete personalizzate a seconda delle necessità cliniche degli Ospiti. È assicurato dagli operatori l’imboccamento degli ospiti che lo necessitano.

I pasti vengono consumati di regola nella sala da pranzo.

La preparazione di piatti viene effettuata con la massima cura dal Punto cottura interna alla Fondazione, con prodotti di qualità forniti da ditte specializzate nel settore. Un manuale per l’HACCP, così come previsto dalle normative europee in materia, regola le attività del personale di cucina nelle varie fasi di produzione e il personale del Centro diurno nella fase di distribuzione dei pasti. Periodicamente i menù vengono variati, in modo da offrire un servizio sempre aggiornato.

11 LE RISORSE COMUNITARIE E FAMILIARI E LE FORME DI COINVOLGIMENTO

Per il Centro diurno Anziani non autosufficienti è previsto il coinvolgimento delle seguenti risorse:

- **Associazioni di volontariato:** Le strutture stipulano convenzioni con associazioni di volontariato riconosciute e iscritte all’albo provinciale. La loro attività prevede lo svolgimento di attività di animazione, socializzazione e collaborazioni concordate con il Referente della struttura.
- **Comitato familiari:** All’interno delle strutture è presente un comitato composto da 5 rappresentanti dei familiari degli ospiti, eletti dall’assemblea e con un incarico di due anni. Partecipa a incontri periodici (minimo 2 volte all’anno) in cui vengono avanzate iniziative per migliorare la qualità della vita all’interno della struttura ed evidenziare eventuali problematiche in collaborazione con il Referente della struttura. Per la tutela dei diritti degli ospiti e per favorire la partecipazione e la collaborazione degli ospiti, dei familiari e del volontariato alla gestione sociale dei servizi offerti e alla organizzazione della vita comunitaria.

12. ORGANIZZAZIONE E EROGAZIONE DEL SERVIZIO

12.1 *Ammissione*

La procedura di accesso ai servizi residenziali è di competenza della Azienda ASL Toscana Sud Est, della Società della Salute Altavaldelsa e della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa.

Possono chiedere di accedere ai servizi i cittadini in possesso dei seguenti requisiti:

- aver superato il 65 anno di età (il limite di età può essere derogato per i soggetti portatori di handicap);
- avere la residenza nel territorio Zona Val d'Elsa senese;
- se infraseessantacinquenni, essere in possesso del certificato attestante la condizione di non autosufficienza (del 214/91 o 402/04) o di grave disabilità (l. n. 104/1992) per le Residenze Sanitarie Assistenziali;
- essere in possesso di Piano Assistenziale Personalizzato elaborato dall'Unità Valutativa multidimensionale (U.V.M) o Gruppo Operativo Multidisciplinare (G.O.M).

La domanda di accesso ai Servizi residenziali si presenta all'Assistente Sociale presso il Presidio Distrettuale del Comune di residenza.

Al momento dell'ingresso l'ospite deve:

- presentare la documentazione sanitaria;
- presentare il codice fiscale, la carta d'identità ed eventuale decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno (se non presente al momento dell'ingresso da far avere alla struttura al momento della nomina).

12.2 *Modalità di accoglienza*

Alcuni giorni prima dell'ingresso il Referente della Struttura e l'infermiere incontrano i familiari presso la sede della struttura. In tale occasione viene compilata una scheda conoscitiva sulle abitudini e le preferenze alimentari dell'anziano. Il Referente informa l'ospite e/o il familiare delle modalità di trattamento dei dati. In questo primo incontro i familiari visitano il Centro e firmano per accettazione il Regolamento e la Carta dei Servizi che vengono loro consegnati.

12.3 *Referente della presa in carico e metodologia*

Per ogni ospite sono individuati un referente sanitario (infermiere) e uno sociale (Referente di struttura), i quali predispongono un progetto individualizzato che viene presentato ai familiari al momento della stesura tenendo conto dei seguenti elementi:

1. valutazione ed obiettivi definiti dagli operatori socio-sanitari dell'unità valutativa multidimensionale di zona-distretto e indicati nel piano personalizzato di assistenza;
2. valutazione dello stato di salute effettuato attraverso: la lettura della documentazione sanitaria presentata dai familiari;
3. osservazione e valutazione sull'inserimento e ambientamento dell'ospite nei primi tre mesi da parte degli operatori del servizio.

12.4 *Forme e sedi di valutazione di efficacia degli interventi*

La valutazione di efficacia degli interventi da parte degli operatori avviene mediante l'utilizzo di strumenti operativi come registrazioni dell'osservazione dell'ospite, registrazione delle attività, cartelle cliniche, schede di valutazione; verifiche programmate ogni 6 mesi o 1 anno a seconda delle condizioni dell'anziano.

12.5 *Coinvolgimento/partecipazione dell'utenza in carico al servizio e sedi e strumenti di partecipazione*

L'ospite, compatibilmente alle sue condizioni di salute, e la famiglia partecipano:

1. alle attività programmate quotidianamente e periodicamente (momenti formalizzati come feste, ricorrenze);
2. alla valutazione e verifica degli interventi predisposti all'interno della struttura attraverso riunioni con i familiari e l'attivazione del comitato dei familiari;
3. alla condivisione e alla verifica del piano assistenziale personalizzato attraverso incontri con gli operatori interni e dell'Azienda USL, con il Medico di Medicina Generale e con gli altri specialisti coinvolti e con i servizi territoriali competenti.

12.6 *La Rinuncia*

Qualora l'ospite, o suoi familiari non intendano accettare la decisione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale di accesso al Centro diurno, devono formalizzare la rinuncia in apposito modulo presso l'ufficio dell'Assistente Sociale.

Nel caso di frequenza già in atto presso il Centro diurno, se l'ospite rinuncia al servizio, la data della sottoscrizione della rinuncia farà partire anche l'interruzione del pagamento della retta a carico dell'ospite.

12.7 *Le dimissioni*

Le dimissioni sono concordate con i servizi territoriali e comunicate con adeguato preavviso all'ospite e/o alla famiglia o rappresentante legale.

12.8 *Le assenze*

Modalità da seguire per assenze da servizio di Centro diurno:

Per ogni assenza è indispensabile che la struttura sia avvisata prima delle ore 17,00 del giorno precedente affinché la retta ed il costo del trasporto vengano defalcati della quota forfettaria prevista.

Il personale in servizio dovrà trascrivere nel "registro consegne" la comunicazione ed informare subito telefonicamente l'Associazione che effettua il servizio di trasporto.

Nel caso sopraggiungano dopo le ore 17,00 problemi di vario ordine che impediscano l'accesso regolare al Centro nel giorno successivo, i familiari sono tenuti a dare direttamente comunicazione immediata all'Associazione che effettua il trasporto e ad avvisare il Centro la mattina successiva entro le ore 9,00.

Questo principalmente al fine di non aver addebitato l'intero ammontare della retta.

13. GIORNATA TIPO E ATTIVITÀ GIORNALIERE

Mattino

08.30-09.30 =>	Colazione e somministrazione terapia
09.30-13.00 =>	Attività occupazionali e/o attività motoria Attività infermieristiche Attività di riabilitazione
13.00-14.00 =>	Pranzo

Pomeriggio

14.00-15.00 =>	Riposo pomeridiano
15.00-16.00 =>	Attività occupazionali
16.00 =>	Merenda
16.30-17.00 =>	Accompagnamento ai pulmini per rientro alle proprie abitazioni

14. GESTIONE DELLE INFORMAZIONI E DELLA DOCUMENTAZIONE

14.1 *La documentazione assistenziale*

La documentazione assistenziale nel Centro diurno, è costituita da tutti quei documenti che permettono di gestire la presa in carico e la permanenza dell'ospite.

La documentazione assistenziale è uno strumento che consente di dimostrare la corretta applicazione del processo di assistenza, inteso come:

- presa in carico dell'ospite e della sua valutazione psico-fisica e sociale;
- individuazione dei problemi assistenziali e definizione dei relativi obiettivi;
- definizione del piano di assistenza e documentazione delle attività svolte;
- valutazione degli esiti dell'assistenza.

14.2 *Procedure e protocolli di lavoro*

I **protocolli assistenziali** sono documenti elaborati per tradurre le conoscenze scientifiche in comportamenti professionali. L'applicazione dei protocolli assistenziali:

- garantisce l'omogeneità e la costanza delle prestazioni erogate dai diversi operatori;
- favorisce l'inserimento di nuovi operatori.

Le principali attività assistenziali e le loro modalità di gestione sono descritte nei protocolli assistenziali condivisi e partecipati. Nella loro stesura si è tenuto conto dell'importanza della fase di valutazione delle capacità residue degli ospiti e delle opportunità di miglioramento.

Le **procedure** sono documenti in cui sono descritte le modalità con cui devono essere svolte le varie fasi relative ai diversi processi sia assistenziali sia dei servizi di supporto.

Si tratta di descrizioni sequenziali di chi fa che cosa, individua i livelli di responsabilità e i documenti utilizzati per dare evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'attività. Quando questa descrizione è particolareggiata e i compiti sono descritti in modo puntuale, si parla di istruzioni operative o istruzioni di lavoro. Il loro scopo è far sì che in un determinato ambito tutti gli operatori agiscano in modo uniforme e riconosciuto.

I protocolli assistenziali e le procedure documentate e operative, approvate dalla Direzione Generale della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa sono archiviate

presso gli Uffici Amministrativi della stessa e in copia presso l'Ufficio del Referente della Struttura, la suddetta documentazione viene raccolta in archivi sia cartacei che informatizzati, muniti di accesso riservato e conservata secondo la normativa sulla legge privacy.

La Direzione Generale della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, assicura una idonea forma di comunicazione ai familiari, tutori e amministratori di sostegno, attraverso la Carta dei Servizi e il proprio sito istituzionale favorendo la possibilità di consultazione dei suddetti documenti.

14.3 Strumenti per informazioni e comunicazione con l'utenza

È presente in struttura un pannello per l'informazione al personale.

Relativamente alle informazioni di servizio che riguardano i familiari vengono inviate comunicazioni formali a domicilio e in alcuni casi affisse le circolari in luoghi visibili della struttura.

Il Referente della struttura mantiene rapporti costanti con i tutori, curatori e amministratori di sostegno di ospiti presenti in struttura e provvede ad ogni comunicazione che preveda il loro coinvolgimento.

La presente Carta dei Servizi, insieme al relativo Regolamento di Struttura, viene consegnata a ciascun ospite al momento dell'ammissione, viene affissa in ogni bacheca e copia si trova depositata, per la consultazione da parte delle persone interessate presso l'ufficio del Referente di Struttura.

Inoltre è possibile scaricarne copia direttamente dal sito web della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa: www.ftsa.it.

15. DIRITTI E DOVERI DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI

15.1 Doveri dell'ospite e dei familiari

La frequenza del Centro diurno è ispirato a favorire una permanenza piacevole nel rispetto delle abitudini di vita dell'ospite. È tuttavia indispensabile il rispetto di alcune norme di comportamento a tutela dei diritti individuali di ciascun ospite.

- l'ospite è tenuto a rispettare i locali e gli arredi della struttura;
- l'ospite e i familiari hanno il dovere di rispettare tutte le persone, operatori, utenti, volontari, ecc. presenti all'interno della struttura;
- è un dovere di ogni ospite o familiare di comunicare tempestivamente al Centro le eventuali assenze;
- l'ospite e i familiari sono tenuti al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi del Centro diurno;
- l'ospite e i familiari sono tenuti al rispetto del divieto di portare alimenti senza l'autorizzazione del personale;
- l'ospite e i familiari sono tenuti al rispetto del divieto di portare denaro o oggetti di valore, in quanto il servizio non assume nessuna responsabilità;
- il rifornimento dei medicinali personali degli ospiti è a carico dei familiari, così come la consegna a cadenza mensile o al bisogno della terapia dell'ospite nelle 24 h firmata dal Medico di Medicina Generale.
- è assolutamente vietato fumare all'interno dell'ambiente della Struttura;

- è vietato il consumo di alcolici all'interno della Struttura, eccetto che per il vino fornito ai pasti.

15.2 *Diritti degli ospiti*

Al momento dell'inserimento, all'ospite (ed agli eventuali caregivers, tutori e amministratori di sostegno) vengono fornite le informazioni necessarie circa le prestazioni erogate dal Centro diurno, accompagnate da una copia della presente Carta dei Servizi.

- Nel Centro tutti gli ospiti hanno il diritto di ricevere il trattamento più appropriato, senza alcuna discriminazione o privilegio derivante dal sesso, età, condizioni sociali, origine e fede religiosa.
- L'ospite ha diritto a esprimere le proprie credenze, opinioni e sentimenti, anche quando queste dovessero apparire in contrasto con la cultura dominante.
- L'ospite ha diritto di conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza.
- La struttura garantisce a tutti gli ospiti, il diritto alla riservatezza di tutti i dati che li riguardano, in conformità alla legislazione vigente.
- Gli ospiti e i loro familiari possono formulare osservazioni e proposte per il miglioramento del servizio e presentare reclami per segnalare eventuali inadempienze o mancato rispetto delle norme e dei regolamenti.

16. IL COSTO DEL SERVIZIO

Il costo del servizio è onnicomprensivo di tutte le prestazioni previste nella presente Carta dei Servizi ed è composta dalla quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale e dalla quota sociale, a carico dell'interessato e dei familiari aventi titolo. La quota sociale giornaliera è stabilita di anno in anno dagli organi della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa.

Attualmente, la quota sociale giornaliera a carico dell'utente del servizio è di euro

L'ospite può richiedere una compartecipazione alla spesa da parte del Comune di residenza, presentando apposita domanda e documentazione necessaria (ISEE) alla determinazione della quota eventualmente agevolata a suo carico.

Il pagamento può avvenire secondo le seguenti modalità.

- con bonifico bancario;
- con bonifico postale;
- con bollettino di conto corrente postale;
- con RID (addebito diretto e permanente sul conto corrente).

17. SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE OSPITI E DEI LORO FAMILIARI

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, consapevole che il livello di soddisfazione degli ospiti costituisce una risorsa importante per la riorganizzazione dei servizi in risposta ai bisogni e ai desideri dell'ospite e dei suoi familiari, attiva il **Sistema di misurazione della soddisfazione degli ospiti e dei loro familiari**.

L'impegno è di rilevare sistematicamente la qualità percepita attraverso appositi questionari, che considerano le seguenti prestazioni:

- aspetti professionali;

- aspetti tecnico alberghieri (vitto, igiene e manutenzione degli ambienti);
- aspetti relazionali;
- qualità strutturale.

Considerando le possibili difficoltà, di tipo cognitivo, che gli ospiti possono presentare nell'utilizzo di uno strumento come il questionario, la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa provvede ogni anno ad inviare i questionari a mezzo posta a tutti i familiari/tutori o amministratori di sostegno degli ospiti.

I dati raccolti vengono elaborati e successivamente analizzati dalla Direzione Generale della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa e alla Direzione Area Servizi Residenziali e Semiresidenziali. L'analisi dei dati permette di individuare le azioni correttive e attivare i percorsi di miglioramento della qualità che la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa si impegna a intraprendere.

17.1 Strumenti e le forme di valutazione

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa è costantemente impegnata a garantire che le prestazioni erogate rispondano a criteri di efficienza e di efficacia. A questo scopo viene applicata una continua attenzione alla qualità dei servizi, sottoposta poi a costante verifica, per questo per migliorare la qualità delle prestazioni e servizi garantiti dal Centro diurno per anziani non autosufficienti, la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa si avvale di strumenti specifici:

- schede specifiche di valutazione da somministrare agli ospiti o familiari di vari servizi offerti da ditte convenzionate (mensa, pulizie) finalizzate a monitorare la qualità ed il rispetto dei requisiti previsti nel capitolato d'appalto. Alla valutazione vengono associati report periodici sull'andamento del servizio offerto;
- incontri periodici con i familiari degli ospiti per una verifica del grado di soddisfazione del servizio offerto;
- schede di autovalutazione del personale predisposti annualmente e finalizzate all'attribuzione del salario accessorio.

18. STRUMENTI DI TUTELA

18.1 Presentazione dei reclami da parte degli ospiti nei confronti dei responsabili dei servizi

Il Centro garantisce la tutela degli ospiti attraverso la possibilità di presentare suggerimenti, segnalazioni o reclami, volti al miglioramento del servizio.

Le segnalazioni saranno utili per conoscere e comprendere meglio i problemi e per poter prevedere i possibili miglioramenti del servizio erogato.

L'ospite ed i suoi familiari possono inoltrare reclami su i disservizi seguendo varie modalità:

- attraverso informazione verbale al Referente di Struttura, che provvede a far compilare l'apposito modulo di segnalazione del reclamo;
- tramite il Comitato dei familiari;
- con lettera indirizzata al Referente di Struttura o al Direttore Area Servizi Residenziali e Semiresidenziali della FTSA.

La Direzione Generale garantisce di dare risposta ai reclami ricevuti entro il termine massimo di 30 giorni.

18.2 Clausole contrattuali e rispetto della normativa

La Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa si impegna a garantire gli standard quantitativi e qualitativi dei servizi tramite il rispetto dei requisiti normativi (sicurezza, privacy, contratti) sia per le attività che eroga direttamente, sia tramite il monitoraggio e controllo di quelle appaltate e/o convenzionate.

19. TUTELA DELLA PRIVACY

Il Centro diurno assicura che la raccolta dei dati personali, anagrafici e telefonici nonché quelli relativi allo stato di salute richiesti ai propri ospiti e ai loro familiari tutori e amministratori di sostegno, avvenga nel rispetto del D.Lgs. 196/03 e successive modifiche.

Le principali finalità della raccolta dei dati sono relative alla:

- gestione amministrativa;
 - cura dell'ospite.
- I dati relativi alla salute dell'ospite sono oggetto di comunicazione esclusivamente:
- al Personale addetto all'assistenza che necessita di conoscerli (in relazione alla propria mansione) per poter dar corso all'erogazione dei Servizi assistenziali, di cura e di Riabilitazione.

Titolare del trattamento e della banca dati del Centro è la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa nella persona del Legale Rappresentante.

Responsabile del trattamento dei dati sanitari è il Direttore Area Servizi Residenziali e Semiresidenziali o suoi incaricati. Inoltre, tutti gli operatori sono vincolati dal segreto d'ufficio ed impegnati a garantire e tutelare la Privacy dell'Ospite.

Ai sensi dell'articolo 1341 del codice civile sono espressamente approvate le condizioni di cui alla presente Carta dei Servizi.

20. PUBBLICIZZAZIONE

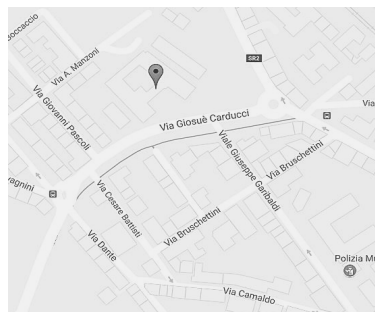
La presente Carta dei Servizi è affissa in bacheca presso ogni Struttura Residenziale e viene pubblicata sul sito web della Fondazione Territori sociali Altavaldelsa.

Copia del documento, viene consegnata all'ospite della Struttura al momento dell'ingresso.

Contatti utili e come raggiungerci

Centro diurno per Anziani non autosufficienti "Simonetta Traversari"

Via Carducci, 9 – Poggibonsi (SI)
Contatti Utili
 Tel. fax



Allegato A2

Schemi di questionari sul grado di soddisfazione

A2A

INSERIRE LOGO DELL'ENTE RESPONSABILE (es. ASL, Comune, Ambito territoriale sociale, ecc)	INSERIRE LOGO DELLA STRUTTURA
--	-------------------------------

QUESTIONARIO SUL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI DEGLI UTENTI DEI CENTRI DIURNI PER ANZIANI

Gentile familiare, Le chiediamo di rispondere ad alcune semplici domande utili per poter migliorare il servizio offerto da [INSERIRE NOME DELLA STRUTTURA].

Esprima liberamente la Sua opinione scrivendo negli appositi spazi. Presti per favore attenzione alle modalità di risposta. Può aggiungere delle note nel caso voglia chiarire meglio il suo pensiero o qualora la domanda sia poco chiara.

Il questionario è anonimo. Una volta compilato e chiuso nella busta che Le è stata consegnata, lo potrà restituire alla struttura [Se preferisce, lo potrà spedire per posta all'indirizzo...].

Compili per favore il questionario **una volta sola**.

Grazie della collaborazione!

Il primo contatto con il Centro

1. Come giudica le informazioni generali ricevute al momento dell'ingresso in struttura del suo familiare?

Complete	Adeguate	Insufficienti	Nulle
----------	----------	---------------	-------

2. Come giudica nel complesso l'accoglienza del servizio?

Eccellente	Adeguate	Insufficiente	Pessima
------------	----------	---------------	---------

2.a) *se insufficiente o pessima, spiegarne il motivo*

3. Al momento dell'ingresso Le è stato indicato l'operatore di riferimento a cui rivolgersi in caso di necessità?

- ☐ Sì
- ☐ No

4. Al momento dell'ingresso ha ricevuto informazioni su come è organizzata la giornata nel Centro? (ad es. orari delle attività, pasti ecc.)?

Complete	Adeguate	Insufficienti	Inesistenti
----------	----------	---------------	-------------

5. Le sono stati consegnati materiali informativi (ad. Esempio la Carta dei Servizi del Centro)?

- ☐ Sì
- ☐ No

6. Al momento dell'ingresso, il Suo familiare è stato accompagnato a conoscere il Centro e i locali dove si svolgono le attività (ad es. mensa, soggiorno, palestra, bar, chiesa, giardino, ecc.)?

- ☐ Sì
- ☐ No

7. Il personale della struttura (assistenti, educatori, infermieri, ecc.) ha proposto un progetto di assistenza individualizzato per il Suo familiare (vale a dire un complesso di attività e interventi adatti alle condizioni ed esigenze del Suo familiare svolto in residenza)?

- ☐ Sì
- ☐ No (saltare alla domanda 8)

7a) Se è stato proposto un progetto di assistenza individualizzato, Lei è stato coinvolto? (è possibile indicare anche più di una risposta)

- ☐ Sì, solo per dare alcune informazioni
- ☐ Sì, per far presente i bisogni del mio caro
- ☐ Sì, per far presente i miei bisogni e le mie disponibilità
- ☐ No

Parliamo ora della struttura

8. Gli ambienti del Centro sono accoglienti e confortevoli (soggiorno, atrio, bar, corridoi, giardino...)?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

8a) *se poco o per nulla, cosa andrebbe migliorato?*

9. In base alle attività svolte, come valuta la suddivisione degli spazi?

Eccellente	Adeguate	Insufficiente	Pessima
------------	----------	---------------	---------

a) *spiegare il motivo*

10. Il Centro è completamente accessibile al Suo familiare, da solo o accompagnato, grazie alla presenza di scivoli, ascensori, porte ampie (assenza di barriere architettoniche)?

- ☐ Sì
- ☐ No, perché

11. Il suo familiare riesce a orientarsi facilmente all'interno del Centro (ad es. colori dei piani o delle stanze differenti, segnali, ...)?

- ☐ Sì
- ☐ No, perché

12. Per quanto riguarda gli ambienti della struttura, è soddisfatto

a) della pulizia degli ambienti

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

b) della temperatura degli ambienti

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

I rapporti all'interno del Centro

13. Come giudica il rispetto della riservatezza del personale (nella comunicazione delle informazioni riservate, durante lo svolgimento di manovre assistenziali "delicate"...)?

Eccellente	Adeguate	Insufficiente	Inesistente
------------	----------	---------------	-------------

14. Per quanto riguarda le relazioni all'interno del Centro, come considera...

a) Il rapporto tra il Suo familiare e gli altri ospiti?

Ottimo	Soddisfacente	Insoddisfacente	Pessimo
--------	---------------	-----------------	---------

b) Il rapporto tra il Suo familiare e il personale

Ottimo	Soddisfacente	Insoddisfacente	Pessimo
--------	---------------	-----------------	---------

c) Il rapporto tra famiglia e personale (assistenti, educatori, animatori, ecc.)?

Ottimo	Soddisfacente	Insoddisfacente	Pessimo
--------	---------------	-----------------	---------

d) Il rapporto tra famiglia e amministrazione/direzione?

Ottimo	Soddisfacente	Insoddisfacente	Pessimo
--------	---------------	-----------------	---------

Se insoddisfacente o pessimo, spiegarne i motivi

15. Sente di potersi fidare del personale che presta assistenza al Suo familiare?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

15a) se poco o per nulla, spiegare il motivo

16. Il personale del Centro (assistenti, educatori, animatori) è disponibile a dare informazioni e spiegazioni su ciò che fa il Suo familiare durante la giornata?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

17. Quando si chiede aiuto, il personale del Centro interviene rapidamente?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

18. Il personale del Centro (assistenti, educatori, animatori) è cortese e disponibile all'ascolto?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

19. Esiste una buona comunicazione tra il personale? Se per esempio Lei dice una cosa a uno di loro, l'informazione viene passata agli altri?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

20. Il personale che assiste il Suo familiare viene sostituito con frequenza?

- ☐ Sì
- ☐ No

20a) Le sostituzioni di personale creano dei disagi?

- ☐ Sì, perché
- ☐ No, perché

21. Il servizio L'ha aiutata o La saprebbe aiutare in caso di bisogno a mettersi in contatto con altri servizi per anziani?

- ☐ Sì, in che modo
- ☐ No, perché

22. Esistono momenti di incontro tra gli operatori e gli eventuali altri soggetti che hanno in carico il Suo familiare (medico di medicina generale, assistente sociale,...)?

- ☐ Sì
- ☐ No

I servizi offerti dal Centro

23. Come valuta in generale la qualità del cibo?

Ottima	Soddisfacente	Insufficiente	Pessima
--------	---------------	---------------	---------

Può spiegare il perché? (c'entra, per esempio il menù, gli ingredienti utilizzati, un'eventuale dieta personalizzata, la preparazione di piatti tipici locali, ecc.)

.....

.....

24. Come giudica il servizio a tavola (preparazione della tavola, distribuzione dei pasti, ecc.)?

Ottimo	Soddisfacente	Insufficiente	Pessimo
--------	---------------	---------------	---------

25. Per quanto riguarda gli elementi dell'assistenza della persona, è soddisfatto:

a) della igiene personale

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

b) della cura della persona (parrucchiere, barbiere, manicure ...)

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

26. È soddisfatto delle attività ricreative interne organizzate dal servizio (laboratori, feste, giochi, ecc.)?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

26a) se poco o per nulla, spiegarne il motivo

27. È soddisfatto delle attività esterne organizzate (gite, uscite, ecc.)?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

27a) se poco o per nulla, spiegarne il motivo

28. Ha riscontrato dei miglioramenti nel comportamento del Suo familiare da quanto frequenta il Centro (cambiamento nella capacità di socializzazione, di stare insieme agli altri ...)?

- ☐ Sì, quali
- ☐ No

29. Il Suo familiare usufruisce del servizio di trasporto messo a disposizione per raggiungere la struttura e/o per tornare a casa?

- ☐ Sì
- ☐ No (*saltare alla domanda 33*)

30. Ritiene che il servizio di trasporto sia adeguato alle Sue esigenze?

- ☐ Sì
- ☐ No, perché

31. Lo giudica un buon servizio?

- ☐ Sì
- ☐ No, perché

32. Volendo esprimere un giudizio sintetico, Le chiediamo di dare un VOTO al servizio di trasporto (come a scuola, il 6 è “sufficiente” e il 10 vuol dire “ottimo”):

scarso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ottimo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

La risposta alle esigenze della famiglia

33. L'orario di apertura del servizio è adeguato alle Sue esigenze?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

33a) se poco o per nulla come andrebbe migliorato?

34. L'orario di chiusura del servizio è adeguato alle Sue esigenze?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

34a) se poco o per nulla come andrebbe migliorato?

35. La modalità di frequenza (i turni) sono adeguate alle Sue esigenze?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

35a) se poco o per nulla come andrebbe migliorato?

36. Ritieni che il costo della retta (sostenuto dall'ospite e/o dai familiari) sia proporzionato al servizio ricevuto?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
-------	------------	------	-----------

37. Come giudica in generale il coinvolgimento della Famiglia da parte del Centro?

Buono/ottimo	Sufficiente	Insufficiente	Inesistente
--------------	-------------	---------------	-------------

37 a) se insufficiente, può spiegare il motivo

<i>In generale</i>

38. Volendo dare un voto "come a scuola", complessivamente quanto è soddisfatto del servizio erogato al Centro?

Per nulla

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Moltissimo

39. Qual è l'aspetto del servizio che Le piace di più?

--

40. Qual è l'aspetto del servizio che Le piace di meno?

--

41. Lei cosa farebbe per migliorare il servizio?

--

E per concludere

Ribadendo l'impegno a tutela dell'anonimato, La invitiamo a completare anche quest'ultima parte del questionario. I dati verranno elaborati in modo aggregato, impedendo in questo modo di riconoscere il singolo rispondente.

a) Indicare il grado di parentela con l'ospite

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. figlio/a | ☐ |
| 2. coniuge | ☐ |
| 3. fratello/sorella | ☐ |
| 4. nipote | ☐ |
| 5. altro (specificare) | ☐ |

b) Sesso dell'ospite: 1) maschio ☐ 2) femmina ☐**c) Età in anni compiuti dell'ospite****d) Il Suo familiare frequenta il Centro diurno da:**

- 1) mesi n.
- 2) anni n.

e) Qual è la frequenza del Suo familiare al Centro?

- n. giorni settimanali
- n. ore giornaliere

f) Il questionario è stato compilato:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) da solo | ☐ |
| 2) con l'aiuto di un familiare/conoscente | ☐ |
| 3) con l'aiuto del personale della struttura | ☐ |
| 4) con l'aiuto di un assistente familiare/badante | ☐ |

NB: nel caso di intervista a cura di un operatore specificare il livello di attendibilità del rispondente (lucido, confuso, ecc.)

.....

Grazie per la collaborazione! Inserisca il questionario compilato nella busta. Si raccomanda di non scrivere il proprio nome e/o indirizzo. La consegni prima possibile direttamente alla struttura nell'apposito contenitore che troverà all'ingresso [Se preferisce, lo potrà spedire per posta all'indirizzo...]. La Direzione di [NOME DELLA STRUTTURA] si impegna a restituire i risultati dell'indagine di soddisfazione con una comunicazione scritta o in occasione di una riunione dedicata.

A2B

INSERIRE LOGO DELL'ENTE RESPONSABILE (es. ASL, Comune, Ambito territoriale sociale, ecc)	INSERIRE LOGO DELLA STRUTTURA
--	-------------------------------

RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI DEI CENTRI DIURNI PER ANZIANI

Gentile ospite, le chiediamo di rispondere ad alcune semplici domande utili per poter migliorare il servizio offerto da **[INSERIRE NOME DELLA STRUTTURA]**.

Esprima liberamente la sua opinione scrivendo negli appositi spazi. Può aggiungere delle note nel caso voglia chiarire meglio il suo pensiero. **Il questionario è anonimo.**

Compili per favore il questionario una volta sola. Lo potrà restituire nell'apposito contenitore posto all'ingresso della struttura **[Se preferisce, lo potrà spedire per posta all'indirizzo...]**.

Grazie della collaborazione!

1. Ripensi a quando è entrato per la prima volta nel Centro **[INSERIRE NOME DELLA STRUTTURA]** e ha cominciato a frequentare la struttura. Come si è sentito accolto?

.....

2. Il personale è stato gentile con Lei?

.....

3. Quando è arrivato, L'hanno accompagnata a visitare il Centro e le stanze dove si svolgono le attività?

.....

4. Il direttore o gli operatori (l'assistente, l'educatore, l'animatore) Le hanno spiegato cosa si fa durante la giornata?

.....

5. Le è stato presentato l'operatore da chiamare in caso di bisogno?

.....

6. All'interno del Centro riesce a muoversi facilmente, anche se con qualche aiuto (spostarsi nei vari piani, spostarsi nelle varie stanze...)?

.....

7. Ci sono degli ostacoli (es. scale)? Dove?

.....

8. In generale Le piace come è organizzato il Centro?

.....

8.1. Cosa cambierebbe?

9. I locali sono puliti?

.....

10. Gli spazi sono accoglienti e confortevoli?

.....

11. C'è troppo caldo o troppo freddo?

.....

12. È soddisfatto delle cure igieniche che Le vengono garantite?

.....

13. È soddisfatto della cura della Sua persona (parrucchiere, manicure, barbiere...)?

.....

14. Quando chiede aiuto gli operatori arrivano subito?

.....

15. Come si mangia al Centro?

.....

15.1. Cosa cambierebbe?

16. Le piacciono le cose che fa durante la giornata?

.....

16.1. Quali attività sono più gradite?

.....

.....

16.2. E quali lo sono di meno?

.....

.....

16.3. Cosa le piacerebbe fare di nuovo?

.....

17. Da quando frequenta il Centro sente di essere cambiato? Si sente meglio, fa cose che prima non faceva?

.....

18. È stato coinvolto nella scelta delle attività da svolgere durante la giornata?

.....

19. La vita nel Centro ha delle “regole”. In particolare ci sono degli orari da rispettare?

.....

19.1. Se sì, gli orari vanno bene?

19.2. Se no, li vorrebbe come?

20. È soddisfatto del servizio di trasporto che L’accompagna al Centro e/o a casa?

.....

20.1. Se no, perché

21. Come si comportano gli operatori (l’assistente, l’educatore, l’animatore, ecc.)?

sono gentili	o sì o no
sono disponibili ad ascoltare	o sì o no
rispondono se chiedo informazioni o spiegazioni	o sì o no
sanno aiutare quando ho bisogno	o sì o no

22. Chi L’aiuta di più di solito?

.....

23. Sente di potersi fidare degli operatori che L’assistono?

.....

24. Gli operatori vengono sostituiti spesso?

.....

24.1. Se sì, questo crea dei problemi?

25. Parliamo ora della convivenza al Centro e del rapporto con gli altri ospiti. C’è un buon “clima” fra voi, andate d’accordo?

.....

26. Molte informazioni utili per gli ospiti sono in genere contenute in un libretto che sia chiama "Carta dei Servizi". Lo ha mai consultato? Cosa ne pensa?

.....

27. Volendo esprimere un giudizio sul Centro che sta frequentando, Le chiediamo di dare un VOTO (il 6 è "sufficiente" e il 10 vuol dire "ottimo").

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28. Nel complesso, il servizio soddisfa i Suoi bisogni/le Sue esigenze?

Si, risponde pienamente	☐
Sì, sono piuttosto soddisfatto	☐
No, potrebbe fare di più	☐
No, assolutamente	☐

29. È rimasto qualcosa di importante che vorrebbe farci sapere?

.....

E per concludere ci dica qualcosa di Lei ...

a) Da quanto tempo frequenta questo Centro?

.....

b) È un uomo o una donna?

.....

c) Quanti anni ha?

.....

d) Il questionario è stato compilato:

1. da solo ☐
2. con l'aiuto di un mio familiare/conoscente ☐
3. con l'aiuto di un operatore ☐

NB: nel caso di intervista a cura di un familiare o di un operatore specificare il livello di attendibilità del rispondente (lucido, confuso, ecc.)

.....

Grazie per la collaborazione! Inserisca il questionario compilato nella busta. La consegna prima possibile direttamente alla struttura nell'apposito contenitore che troverà all'ingresso [Se preferisce, lo potrà spedire per posta all'indirizzo...].

La Direzione di [INSERIRE NOME DELLA STRUTTURA] si impegna a restituire i risultati dell'indagine di soddisfazione con una comunicazione scritta o in occasione di una riunione dedicata.

Allegato A3

Come appaltare la gestione di un Centro diurno per anziani

a cura di *Marta Filipponi e Federica Mercuri (*)*

Nel presente allegato è riportata la principale documentazione per l'espletamento di una gara di appalto sopra soglia comunitaria ai sensi del d.lgs. n. 50/2016.

Tale documentazione potrà essere oggetto di integrazione/revisione a seguito dell'entrata in vigore di quanto previsto dall'articolo 40 comma 2 del d.lgs. n. 50/2016.

Il materiale prodotto si riferisce al Centro diurno per demenze di Jesi (AN) di 16 posti gestito dall'Azienda Pubblica Servizi alla Persona "ASP AMBITO 9". Le caratteristiche organizzative del Centro diurno per demenze si riferiscono a quelle richieste dalla normativa della regione Marche. Nelle altre regioni, il materiale va adattato alla normativa della regione interessata.

La documentazione comprende:

- A. Progetto del Servizio redatto ai sensi dell'articolo 23 del d.lgs. n. 50/2016
- B. Capitolato speciale d'appalto
- C. Disciplinare di gara.

(*) Azienda Pubblica Servizi alla Persona "ASP AMBITO 9" di Jesi (AN).

A. Progetto del servizio**Relazione tecnico-illustrativa per affidamento in appalto della gestione del Centro diurno per demenze**

(Decreto legislativo n. 50/2016 – art. 23, comma 15)

CONTESTO DI RIFERIMENTO**1. Premessa**

La demenza è una malattia cronico-degenerativa caratterizzata da una lenta e progressiva degenerazione neuronale che compromette le capacità cognitive e funzionali del malato. La presa in cura di un malato con demenza in un'ottica di continuum of care rappresenta una delle più significative "emergenze" che i sistemi sociosanitari si trovano ad affrontare da alcuni anni per l'impatto che ha sia a livello clinico-diagnostico-terapeutico sia a livello assistenziale (assistenza territoriale e della famiglia).

I bisogni a livello assistenziale territoriale hanno subito una rilevante trasformazione e hanno registrato una rilevante crescita e trasformazione per l'incremento del numero dei pazienti con diagnosi, allargando anche ai familiari l'offerta degli interventi socio-assistenziali. Tra i vari modelli organizzativi che si possono adottare a livello territoriale per la gestione del malato con demenza il Comune di Jesi ha optato per il modello organizzativo Centro diurno. Il Modello del Centro diurno prevede la presenza di OSS, infermieri, educatori e tecnici della riabilitazione, sebbene il paziente rimanga in carico al proprio MMG, e garantisce una presa in carico personalizzata delle persone che frequentano la struttura. Il Centro diurno consente quindi non solo una custodia giornaliera ma garantisce anche stimolo, monitoraggio, riabilitazione e gestione dell'igiene di ogni ospite.

Il Centro diurno rappresenta un servizio fondamentale per garantire la permanenza al domicilio delle persone affette da demenza, e al tempo stesso per offrire sollievo, informazioni e supporto al contesto familiare che si trova a dover affrontare le diverse fasi della malattia.

Le ricerche dimostrano che dal 1999 al 2015 l'età media dei malati di demenza assistiti a casa è passata da 73,6 anni a 78,8 anni con il conseguente aumento delle problematiche assistenziali soprattutto se si tiene conto che nello stesso periodo l'età media dei caregiver è passata da 53,3 anni a 59,2 anni. Ne consegue la necessità di pensare ad interventi a sostegno della relazione malato-caregiver caratterizzata spesso da solitudine e isolamento sociale.

Ad oggi l'unico servizio specifico per malati con demenza presente nel territorio dell'ASP è rappresentato dal "Caffè Alzheimer", inteso come luogo di socializzazione rivolto ai malati con demenza e loro familiari; manca pertanto un servizio in grado di fornire attività assistenziali, educative e socio-riabilitative nell'arco della giornata, al fine di consentire al malato di mantenere le proprie abilità e rimanere al più lungo possibile all'interno del proprio nucleo di appartenenza.

Il Centro diurno per demenze con sede a Jesi si colloca nella rete dei servizi del territorio e vi si accede su valutazione dell'Unità Valutativa Integrata UVI che stabilisce l'idoneità all'ingresso del richiedente, ed elabora il relativo Piano Assistenziale Individualizzato. Requisiti per l'accesso al Centro diurno sono la diagnosi di demenza e la

presenza di un nucleo familiare o di una condizione domiciliare tale da garantire la continuità assistenziale.

A tal fine la ASP Ambito 9, a seguito del contratto di servizio triennale con il Comune Jesi e della Delibera di Giunta n. 258 del 15/11/2016 avente ad oggetto "Richiesta attivazione del Centro diurno Alzheimer", intende avviare una procura aperta di gara per l'affidamento ad un operatore economico esterno della gestione del Centro diurno medesimo.

La sede provvisoria del Centro diurno è stata individuata dal Comune di Jesi nei locali dell'ex centro per disabili "Il Maschiamonte", sito a Jesi in Via San Giuseppe. I lavori di adeguamento del Centro saranno svolti direttamente dal Comune di Jesi che si occuperà anche del relativo arredo.

2. Normativa di riferimento

Attualmente la disciplina della gestione dei Centri diurni per malati con demenze è demandata alle regioni che con propri atti definiscono i modelli organizzativi e gli standard assistenziali, con un conseguenti approcci differenziati tra le regioni italiane.

Nella regione Marche al momento non risultano predefiniti modelli organizzativi di gestione dei malati con demenza o Piani dettagliati terapeutici assistenziali PDTA.

La principale fonte regolamentare è la delibera di Giunta della regione Marche in materia di servizi residenziali e semiresidenziali e precisamente la d.G.r. 1331 del 25/11/2014 – Accordo tariffe servizi residenziali e semiresidenziali tra Regione Marche e Enti Gestori. La d.G.r. 1331/2014 prevede gli standard Assistenziali dei Centri diurni come di seguito riportato:

Standard Assistenziali – Codice SRD: Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione, terapeuta occupazionale, educatore, psicologo): almeno 90 minuti/die/paz inteso come media. La natura dei bisogni assistenziali dei singoli soggetti determina il mix tipologico delle figure professionali e il relativo carico assistenziale.

3. Finalità del progetto e destinatari dell'intervento

Il Centro diurno è finalizzato ad offrire a n. 16 persone affette da demenza, nei primi stadi della malattia, occasioni di socializzazione e programmi di trattamento terapeutico, al fine di mantenere il più a lungo possibile le capacità residue dei malati nonché di offrire alle famiglie sostegno ed aiuto nell'affrontare la malattia e i cambiamenti che essa comporta.

4. Funzionamento

Il Centro diurno è aperto nelle seguenti giornate: da lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 18.00, festivi esclusi, per un totale di circa 300 giornate nell'arco dell'anno.

INDICAZIONI E DISPOSIZIONE PER LA STESURA DEI DOCUMENTI INERENTI LA SICUREZZA
--

Ai fini del rispetto delle norme relative alla sicurezza sul luogo di lavoro di cui al d.lgs. n. 81/2008 il committente ha redatto il DUVRI che si allega alla presente relazione.

CALCOLO DEGLI IMPORTI PER L'ACQUISIZIONE DEI SERVIZI

1. Durata

L'appalto decorrerà, presumibilmente, dall'1/4/2017 o comunque dalla data di effettiva consegna del servizio se successiva, e avrà una durata pari a n. 2 anni con possibilità di rinnovo per ulteriori n. 2 anni e proroga di mesi 6.

2. Attività da realizzare e costi di gestione del Centro diurno

Al fine di garantire n. 90 minuti assistenziali ad ospite come da D.G.R.M. 1331/2014, tenuto conto che il Centro è rivolto a n. 16 utenti, il complessivo monte ore assistenziale da garantire nell'arco delle n. 10 ore di apertura del Centro medesimo è pari a n. 24 ore. Le 24 ore dovranno essere garantite, come da d.G.r. n. 1331, da un mix di operatori per come di seguito indicato:

- infermiere professionale: per somministrazione terapia e controllo parametri vitali;
- OSS: per tutta l'attività assistenziale;
- terapeuta occupazionale;
- educatore professionale;
- psicologo.

Dei suddetti 90 minuti, almeno 37.5 minuti dovranno essere riferiti all'attività dell'OSS; il mix di personale operante nei restanti 52.5 minuti dovrà essere definito a cura dell'operatore economico nel progetto tecnico. Resta inteso che rimane a totale carico della Ditta aggiudicataria qualsivoglia modifica degli standard e delle normative che dovesse avvenire durante tutta la durata contrattuale.

Accanto alle attività assistenziali, nel Centro diurno dovranno essere poi garantite le seguenti attività alberghiere:

- pulizia ordinaria e straordinaria
- servizio mensa (somministrazione pasto e merenda)
- servizio di trasporto da erogare nel solo territorio del comune di Jesi per l'attività di accompagnamento dal domicilio al Centro diurno e dal Centro diurno al domicilio
- allestimento della terrazza
- attività di manutenzione.

Deve essere altresì prevista la figura di un Coordinatore del Centro diurno che funga da referente per l'ASP per tutta la gestione del Centro, intesa come servizi assistenziali ed alberghieri.

Per l'affidamento di tutte le attività sopra indicate è stato stimato un costo annuale di gestione pari a euro 278.400,00 IVA esclusa, come da tabella che segue:

Tipologia di servizio	Importo presunto annuo (IVA esclusa)
Attività di coordinamento del Centro	€ 11.000,00
Servizio socio-assistenziale tutelare (OSS)	€ 61.000,00
Servizio infermieristico professionale e Servizio di animazione, socializzazione e rieducazione	€ 88.000,00

segue

Tipologia di servizio	Importo presunto annuo (IVA esclusa)
Servizio di pulizia ordinaria e straordinaria (di cui materiale di consumo € 1.000,00)	€ 27.000,00
Servizio mensa	€ 40.000,00
Servizio di trasporto	€ 41.000,00
Allestimento della terrazza/area verde del Centro diurno con piante ornamentali/orto urbano, manutenzione del verde e sostituzione piante ammalorate	€ 1.700,00
Minuta manutenzione ed interventi di manutenzione ordinaria	€ 1.700,00
Pagamento utenze: acqua, energia elettrica, gas, riscaldamento e telefono, canone TV, a carico della ditta appaltante	€ 7.000,00
Importo annuo totale a base di gara	€ 278.400,00

Emerge pertanto che l'importo a base di gara, considerato un numero di utenti pari a 16 per 300 giorni l'anno, è pari a euro 58,00 (cinquantotto/00) al giorno.

Il valore complessivo dell'appalto ai sensi dell'articolo 35 del d.lgs. n. 50/2016 è pertanto pari a euro 1.252.800,00 oltre a 1.400,00 per oneri della sicurezza di cui al DUVRI non soggetti a ribasso, il tutto al netto dell'IVA, tenuto conto del rinnovo di due anni e della proroga di mesi 6.

Ai fini del calcolo del costo del personale assistenziale è stato preso a riferimento il costo orario del lavoro per i lavoratori e le lavoratrici delle cooperative del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo e di inserimento sociale – cooperative sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 17/9/2013.

Ai sensi dell'articolo 23 comma 16 del d.lgs. n. 50/2016 i costi della manodopera sono stimati in euro 186.000,00 annui pari a euro 372.000,00 per la durata contrattuale di anni due.

ONERI COMPLESSIVI PER L'ACQUISIZIONE DEL SERVIZIO

L'onere complessivo per l'acquisizione del servizio per l'intera durata contrattuale di anni 2 è pari a euro 559.200,00 come di seguito specificato:

- importo a base di gara per due anni: € 556.800,00 + IVA
- oneri della sicurezza non soggetti a ribasso: € 1.200,00 + IVA
- spese di pubblicazione: forfettariamente € 600,00
- contributo di gara (da versare all'ANAC): € 600,00.

CAPITOLATO SPECIALE E DESCRITTIVO E PRESTAZIONALE

Vedi capitolato allegato.

CRITERI PREMIALI

L'affidamento del contratto avverrà mediante il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 95, commi 2 e 3, del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

In particolare la stazione appaltante ai fini dell'attribuzione del punteggio valuterà, sulla base dei criteri motivazionali che saranno definiti nel disciplinare di gara, i seguenti elementi:

1	Validità del progetto assistenziale: si terrà conto: – della qualità e della adeguatezza della proposta presentata in termini di personale impiegato e attività svolte; – delle ore di formazione garantite nonché dell'attinenza delle stesse con l'oggetto dell'appalto; – della quantità e qualità di eventuali migliorie proposte per il servizio assistenziale. Qualora non venga offerta alcuna miglioria non verrà attribuito alcun punteggio.
2	Validità del progetto alberghiero si terrà conto: – della qualità e della adeguatezza della proposta presentata in termini di personale impiegato e attività svolte; – quantità e qualità di eventuali migliorie proposte per il servizio alberghiero. Qualora non venga offerta alcuna miglioria, non verrà attribuito alcun punteggio.

IL DIRETTORE

B. Capitolato speciale di appalto

Sommario: Art. 1. Oggetto dell'appalto. – Art. 2. Durata del contratto. – Art. 3. Valore dell'affidamento. – Art. 4. Subappalti e divieti di cessione. – Art. 5. Oggetto del servizio. – Art. 6. Attività da realizzare nel Centro diurno. – Art. 7. Attività di coordinamento. – Art. 8. Attività assistenziali/educative. – Art. 9. Volontariato e familiari. – Art. 10. Attività alberghiere. – Art. 11. Personale. – Art. 12. Diritto di controllo. – Art. 13. Penalità e sospensione del servizio. – Art. 14. Risoluzione del contratto. – Art. 15. Cauzione definitiva. – Art. 16. Verifica di conformità. – Art. 17. Corrispettivi del contratto e condizioni di pagamento. – Art. 18. Responsabilità dell'aggiudicatario e obblighi assicurativi. – Art. 19. Controversie contrattuali. – Art. 20. Stipula del contratto. – Art. 21. Norme applicabili.

Allegati:

1. Documento unico di valutazione dei rischi da interferenze. – 2. Eventuali allegati tecnici. – Allegato A – Planimetria. – Allegato B – Verbale di esecuzione dei servizi.

ART. 1 – Oggetto dell'appalto

Il presente capitolato ha lo scopo di disciplinare l'affidamento in appalto della gestione del Centro diurno per demenze sito a Jesi in Via San Giuseppe.

Il Centro diurno è finalizzato ad offrire a n. 16 utenti-persone affette da Alzheimer o altre demenze, nei primi stadi della malattia, residenti nei Comuni dell'ASP Ambito 9, occasioni di socializzazione e programmi di trattamento terapeutico, al fine di mantenere il più a lungo possibile le capacità residue dei malati nonché di offrire alle famiglie sostegno ed aiuto nell'affrontare la malattia e i cambiamenti che essa comporta. L'ASP si riserva, in caso di posti disponibili, la facoltà di valutare l'inserimento di richiedenti idonei residenti in comuni esterni all'ambito.

Il Centro diurno è aperto nelle seguenti giornate: da lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle ore 18.00, festivi esclusi, per un totale di circa 300 giornate nell'arco dell'anno.

Prestazione	CPV	Importo
Servizio di Centri diurni	85312100-0	334.000
Servizi di mensa	55510000-8	80.000
Servizi di trasporto	60000000-8	82.000
Servizi di pulizia	90910000-9	54.000
Servizi di riparazione	45453100-8	6.800

Prevalentemente compresi nell'allegato IX.

ART. 2 – Durata del contratto

Il contratto avrà durata di 2 (due) anni a partire presuntivamente dal o dalla data di effettiva consegna del servizio se successiva.

È facoltà della stazione appaltante, prima della scadenza contrattuale, disporre mediante atto espresso il rinnovo del contratto per ulteriore 2 anni agli stessi prezzi,

patti e condizioni, previa comunicazione all'appaltatore con preavviso di almeno 30 giorni.

Al fine di garantire la continuità del servizio e un adeguato livello qualitativo, la stazione appaltante, prima della scadenza contrattuale, potrà inoltre prorogare l'appalto, con proprio atto espresso comunicato con preavviso di almeno 15 giorni all'appaltatore, per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure previste per l'individuazione di un nuovo contraente e comunque per non più di 6 mesi. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per la stazione appaltante.

Qualora ricorrano i presupposti di cui all'art. 32 del d.lgs. n. 50/2016, potrà inoltre essere disposto l'avvio anticipato dell'esecuzione del contratto in via d'urgenza, una volta divenuta efficace l'aggiudicazione.

All'atto di avvio del servizio verrà redatto dalla stazione appaltante alla presenza del rappresentante della ditta aggiudicataria verbale di consegna del servizio nel quale dovranno essere indicati:

- a) le aree e gli ambienti esterni ed interni in cui l'esecutore svolge l'attività;
- b) i mezzi e strumenti eventualmente messi a disposizione dalla stazione appaltante per lo svolgimento dell'attività;
- c) la dichiarazione che i luoghi di esecuzione del contratto sono liberi da persone e cose ovvero che lo stato degli stessi è tale da non impedire l'avvio o la prosecuzione dell'attività.

Qualora l'esecutore intenda far valere pretese derivanti dalla non conformità dei luoghi, mezzi o strumenti messi a disposizione rispetto a quanto previsto dai documenti contrattuali è tenuto a formulare esplicita contestazione sul verbale di consegna suddetto a pena di decadenza.

Al termine della vigenza contrattuale la stazione appaltante, alla presenza di un rappresentante della ditta aggiudicataria, verificherà l'idoneità di quanto previsto nel verbale di avvio del servizio (locali, strumenti, mezzi ecc.) e imputerà alla ditta aggiudicataria eventuali danni / mancanze, ecc.

L'esecuzione del servizio potrà essere temporaneamente sospesa al ricorrere di una delle seguenti condizioni:

- si verifichino circostanze sopravvenute ed imprevedibili, non imputabili all'appaltatore, che impediscano temporaneamente in tutto o in parte la prosecuzione del servizio a regola d'arte;
- la stazione appaltante ritenga sussistere ragioni di necessità o di pubblico interesse tra cui l'interruzione di finanziamenti per esigenze di finanza pubblica.

La sospensione avverrà con le modalità e nei termini di cui all'art. 107 del d.lgs. n. 50/2016, e comunque per il tempo strettamente necessario, previa redazione di apposito verbale sottoscritto dal RUP e dal rappresentante dell'esecutore.

ART. 3 – Valore dell'affidamento

Il valore dell'affidamento del servizio, relativo al periodo oggetto del contratto, è indicativamente stimato in € 556.800,00 IVA esclusa, oltre ad € 1.200,00 per oneri della sicurezza di cui al DUVRI non soggetto a ribasso.

Si precisa che l'importo posto a base di gara deve intendersi omnicomprensivo della esecuzione dei servizi e di tutti gli interventi ad essi connessi come di seguito specificato:

GESTIONE CENTRO DIURNO
Attività di coordinamento del Centro
Servizio socio-assistenziale tutelare (OSS)
Servizio infermieristico e Servizio di animazione, socializzazione e rieducazione
Pagamento utenze: acqua, energia elettrica, gas, riscaldamento e telefono, canone TV, a carico della ditta appaltante.
SERVIZIO DI TRASPORTO
SERVIZIO DI PULIZIA ORDINARIA E STRAORDINARIA
SERVIZIO MENSA
SERVIZIO DI RIPARAZIONE
– minuta manutenzione ed interventi di manutenzione ordinaria; – allestimento della terrazza/area verde del Centro diurno con piante verdi e ornamentali/orto urbano, manutenzione del verde e sostituzione piante ammalorate

Si specifica che la ditta aggiudicataria dovrà provvedere a volturare/attivare tutte le utenze sopra indicate entro il primo mese di vigenza contrattuale.

L'importo posto a base di gara è pari a € 556.800,00 ed è stato calcolato considerando un numero di utenti pari a 16. Tale importo è meramente indicativo, in quanto il compenso spettante all'appaltatore sarà commisurato al numero effettivo di utenti, considerato un prezzo a base di gara di € 58,00 al giorno ad utente.

Il valore complessivo dell'appalto ai sensi dell'art. 35 è pertanto pari ad € **1.252.800,00, oltre a 1.400,00 per oneri della sicurezza di cui al DUVRI IVA esclusa**, tenuto conto dei rinnovi e proroghe previsti dal precedente art. 2.

Si precisa che il servizio sarà attivato al raggiungimento di numero minimo 10 utenti.

La stazione appaltante, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto, potrà esigere dall'appaltatore l'esecuzione alle stesse condizioni previste nel contratto originario. In tal caso l'appaltatore vi sarà tenuto e non potrà far valere il diritto alla risoluzione del contratto.

In corso di esecuzione dell'appalto potranno essere disposte varianti contrattuali unicamente ai sensi e per le motivazioni di cui all'art. 106. In particolare, in caso di rinnovo potrà essere variato, a richiesta dell'affidatario del servizio, il prezzo ad utente derivante dall'offerta economica della ditta al fine di adeguarlo alla variazione del 75% dell'Indice ISTAT Nazionale Annuale (indice FOI).

ART. 4 – Subappalto e divieti di cessione

Pena l'immediata risoluzione del contratto e l'incameramento della cauzione, è vietata la cessione del contratto salvo quanto previsto nell'art.106, comma 13, del d.lgs. n. 50/2016.

È fatto divieto di subappaltare le seguenti attività: attività di coordinamento del centro, servizio socio-assistenziale tutelare, servizio infermieristico, servizio di animazione, socializzazione e rieducazione.

Sono invece subappaltabili tutte le altre attività e servizi relativi e/o connessi all'espletamento dell'appalto nel rispetto dell'art. 105 del d. lgs. n. 50/2016. Il subappalto non comporta alcuna modificazione agli obblighi e agli oneri dell'appaltatore, che rimane unico e solo responsabile nei confronti della stazione appaltante di quanto subappaltato.

Il concorrente, all'atto dell'offerta, deve indicare le attività che intende subappaltare e la terna degli eventuali subappaltatori. La mancata indicazione comporterà l'impossibilità per l'aggiudicatario di ricorrervi in corso di esecuzione.

ART. 5 – Oggetto del servizio

L'oggetto del servizio consiste nella gestione del Centro diurno per Demenze, rivolto a persone affette da demenza ai primi stadi, residenti nei 21 comuni dell'ASP Ambito 9, o con demenze e patologie assimilabili, su specifica valutazione dell'UVI.

Il Centro diurno può accogliere n.16 utenti previa specifica valutazione da parte dell'UVI.

Per ciascun utente inserito sarà redatto, a cura del soggetto gestore e in collaborazione con l'UVI un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

ART. 6 – Attività da realizzare nel Centro diurno

Le attività assistenziali, garantite a ciascun utente sulla base del PAI elaborato e organizzate in base ai principi del Gentilecare, saranno articolate in:

- attività di coordinamento del Centro
- attività socio-assistenziali tutelari
- attività socio-sanitarie
- attività di animazione, socializzazione e rieducazione.

Dovranno altresì essere garantite:

- attività di trasporto degli ospiti dal domicilio alla sede del Centro diurno e dalla sede del Centro diurno al domicilio per gli utenti del Comune di Jesi
- attività di pulizia ordinaria e straordinaria del Centro diurno
- interventi di minuta manutenzione e manutenzione ordinaria
- servizio mensa
- allestimento della terrazza del Centro diurno con piante verdi ed ornamentali e relativa cura
- pagamento delle utenze: acqua, energia elettrica, gas, riscaldamento, telefono e tv.

Le attività proposte e la programmazione della turnazione del personale, deve necessariamente tener conto anche della seguente articolazione giornaliera, riportata a titolo indicativo:

- ore 8.00 – 9.00 apertura del Centro e arrivo degli utenti
- ore 10.00 break
- ore 12.00-13.00 pranzo
- ore 13.00-14.00 riposo
- ore 16.00 merenda
- ore 17.30 chiusura del Centro.

Il Centro rimarrà comunque aperto per una ulteriore mezz'ora, fino alle ore 18.00 per permettere che tutti gli ospiti vengano regolarmente accompagnati al proprio domicilio.

ART. 7 – Attività di coordinamento

7.1. Professionalità e tipologia di prestazioni

Il Coordinatore del Centro diurno svolge funzioni di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività e della corretta attuazione del PAI elaborato per ciascun soggetto, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali.

Nello specifico, l'attività del Coordinatore è articolata essenzialmente, ma non esaustivamente in:

- integrazione tra le varie figure professionali operanti nel Centro diurno al fine di garantire interventi omogenei e personalizzati su tutti gli ospiti del Centro stesso;
- collaborazione con l'UVI per la elaborazione, attuazione e verifica del piano assistenziale individualizzato elaborato per ogni ospite, anche mediante il costante coinvolgimento dei familiari di riferimento;
- gestione del personale e relative sostituzioni, secondo idonea turnazione;
- gestione delle riunioni periodiche con i familiari degli ospiti del Centro;
- gestione delle riunioni periodiche con il Responsabile UO Anziani dell'ASP;
- presenza presso il Centro per almeno 1 ora e 30 minuti al giorno;
- responsabilità della tenuta a norma e dell'aggiornamento, nel rispetto di tutte le normative in essere per tutta la durata contrattuale, di tutta la documentazione relativa alla gestione del Centro;
- promotore di attività che favoriscano dinamicità, flessibilità e vivacità di funzionamento del Centro garantendone l'inserimento nel contesto sociale, promuovendo e realizzando attività di integrazione sociale esterne alla struttura;
- garante della privacy riguardo ai dati forniti dagli utenti, dai familiari, dai servizi e dall'ASP AMBITO 9 e dell'utilizzo degli stessi per i soli scopi istituzionali della struttura;
- responsabile della tenuta delle chiavi del Centro diurno, di cui una copia sarà depositata presso la sede dell'ASP Ambito 9 – UO Anziani.

Il Coordinatore, in qualità di referente unico per l'ASP per l'intera gestione del Centro diurno, intesa come servizi assistenziali ed alberghieri, deve inoltre:

- essere autorizzato a prendere decisioni immediate rispetto alle questioni inerenti lo svolgimento dell'appalto;
- essere autorizzato a rendere immediatamente operative variazioni e proposte migliorative del servizio oggetto dell'appalto;
- essere autorizzato a mantenere direttamente i rapporti con l'ASP Ambito 9 anche attraverso periodici incontri e mediante reportistica mensile debitamente compilata e firmata.

ART. 8 – Attività assistenziali/educative

8.1 Professionalità e tipologia di prestazioni

8.1.1 Attività socio-assistenziale tutelare

L'attività socio-assistenziale tutelare erogata attraverso l'utilizzo esclusivo della figura professionale di OSS, è articolata essenzialmente, ma non esaustivamente, per come di seguito riportato:

- Aiuto, sostegno ed esecuzione di tutte quelle attività indispensabili a garantire a ciascuna persona ospitata un/a corretto/a:
 - igiene personale
 - assistenza al momento dei pasti
 - deambulazione e movimentazione arti invalidi.
- Sostegno ed esecuzione di tutte quelle attività indispensabili a garantire a ciascuna persona ospitata un/a corretto/a:
 - presenza e partecipazione a tutte le attività socio ricreative e culturali organizzate nel Centro e nel territorio
 - animazione/relazione quotidiana
 - integrazione sociale all'interno del Centro.
- Erogazione di tutte le attività e prestazioni proprie della figura professionale di OSS.
- Verifica periodica della puntuale e corretta attuazione dell'attività di tutoraggio e dei progetti di assistenza individualizzata (PAI) previsti per ciascun ospite attraverso la puntuale applicazione dei relativi protocolli operativi ed assistenziali.
- Attività di verifica continua delle prestazioni erogate attraverso l'utilizzo di strumenti formali idonei a tale attività.

8.1.2 Attività socio-sanitaria

L'attività socio-sanitaria, erogata attraverso l'utilizzo esclusivo della figura di Infermiere Professionale è articolata essenzialmente, ma non esaustivamente, per come di seguito riportato:

- misurazione di uno o più parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori);
- somministrazione dei medicinali prescritti;
- gestione, tenuta a norma e controllo dei metodi di immobilizzazione in sicurezza e contenzione di persone che presentano alterazioni cognitivo-comportamentali.

8.1.3 Attività di animazione, socializzazione e rieducazione

L'attività di animazione, socializzazione e rieducazione, erogata attraverso l'utilizzo di personale con specifica formazione professionale (educatore/animatore, psicologo, terapeuta occupazionale), è articolata essenzialmente, ma non esaustivamente, per come di seguito riportato:

- psicomotricità individuale e di gruppo, giochi di movimento;
- attività mnemoniche, giochi cognitivi e lettura;
- attività di percezione ed orientamento;
- attività di musicoterapia e danza;
- attività di arteterapia;

- attività domestiche;
- attività di giardinaggio;
- pet therapy nei limiti consentiti dalla stagionalità e dagli spazi esterni al centro;
- dolly therapy;
- uscite varie;
- organizzazione di feste anche aperte al territorio.

8.2 Modalità di svolgimento del servizio

Il servizio in oggetto deve essere gestito nella piena e puntuale osservanza degli standard assistenziali e delle normative/convenzioni nazionali e regionali vigenti in materia; nello specifico, come da d.G.r. n. 1331 del 24/11/2014 dovrà essere garantita una assistenza globale (infermiere, OSS, animazione, terapeuta occupazionale, educatore, psicologo) per almeno 90 minuti die a utente inteso come media. Dei suddetti 90 minuti, almeno 37.5 minuti dovranno essere riferiti all'attività dell'OSS; il mix di personale operante nei restanti 52.5 minuti die dovrà essere definito a cura dell'operatore economico nel progetto tecnico. Resta inteso che rimane a totale carico della Ditta aggiudicataria qualsivoglia modifica degli standard e delle normative che dovesse avvenire durante tutta la durata contrattuale. Le attività proposte e la turnazione del personale dovranno conformarsi all'orario di apertura del Centro diurno che si articola su sei giorni settimanali (esclusi i festivi) dalle ore 8.00 alle ore 18.00. La Ditta aggiudicataria è tenuta, a richiesta del soggetto appaltante, a relazionare in ordine all'organizzazione delle prestazioni assistenziali ed a tenere in debita considerazione eventuali indicazioni per il miglioramento del servizio. A questo fine e secondo le necessità, devono essere previsti periodici incontri tra le parti per la gestione del servizio in oggetto, per come indicato all'art. 5 comma 5.1.

8.3 Assegnazione del personale

La Ditta aggiudicataria deve assegnare il proprio personale garantendo:

- il possesso di adeguata formazione professionale nel pieno rispetto di quanto previsto dalle normative nazionali e regionali in merito ai servizi assistenziali per anziani non autosufficienti;
- il mantenimento del principio della continuità assistenziale da parte del medesimo operatore presso gli utenti del Centro; proposte di modifica di tale principio, ad eccezione di sostituzioni degli operatori per malattia o per motivi imprevedibili, debbono essere concordate con l'Ente appaltante (ad esempio in caso di ferie, di assenza prolungata, di incompatibilità con l'utenza, ecc.);
- lo svolgimento di una fase di affiancamento propedeutico al primo inserimento in servizio di nuovi operatori, con formalizzazione di esito positivo, per almeno 1 turno di lavoro; gli oneri di tale affiancamento si intendono a totale carico della ditta aggiudicataria;
- adeguata ed idonea attività di formazione continua.

Non è ammesso l'impiego di personale privo di idonea formazione e senza il positivo espletamento della fase di affiancamento.

La Ditta aggiudicataria, al momento dell'avvio del servizio, deve comunicare i nominativi degli operatori impiegati con il relativo curriculum professionale, nonché dimostrare il possesso dei seguenti requisiti per ciascun operatore:

1. qualifica professionale
2. idoneità sanitaria alla mansione
3. certificato penale
4. certificato carichi pendenti
5. possesso del patentino antincendio rilasciato dai VVFF e della idoneità al corso di primo soccorso.

Tutto il personale impiegato deve indossare una divisa da lavoro, completa di tutto quanto previsto dalle vigenti normative in materia di sicurezza del lavoro.

Per gli OSS e per gli Infermieri la divisa deve essere completa di guanti monouso, cuffia per capelli, mascherina e calzature. Al personale in servizio è fatto obbligo di esporre sempre il cartellino di riconoscimento contenente il nominativo dell'operatore, la qualifica professionale e il nome della Ditta.

È a totale carico della Ditta aggiudicataria la fornitura, il lavaggio e la sostituzione di tutte le divise, delle relative calzature e di tutto il materiale di lavoro previsto per il proprio personale. Il personale in servizio in ogni occasione deve mantenere un contegno riguardoso e corretto verso gli utenti ed i colleghi e garantire la riservatezza delle informazioni relative alle persone che fruiscono del servizio e in particolare:

- svolgere il servizio secondo gli orari prestabiliti;
- rispettare scrupolosamente gli ordini di servizio ed i piani di lavoro;
- rispettare la privacy degli utenti;
- mantenere il segreto d'ufficio su fatti concernenti l'organizzazione e l'andamento del servizio;
- consegnare prontamente alla Direzione della struttura eventuali oggetti o somme rinvenute nell'espletamento del servizio.

La Ditta aggiudicataria si impegna ad esercitare, nelle forme opportune, il controllo e la vigilanza sul corretto svolgimento del servizio da parte del personale impiegato, a richiamare e, se del caso, tempestivamente sostituire, gli operatori che non osservassero una condotta più che irreprensibile, anche a giudizio della stazione appaltante.

È a totale carico della Ditta aggiudicataria la fornitura di tutto il materiale di uso quotidiano necessario per il corretto svolgimento delle attività di assistenza tutelare, assistenza sanitaria e di animazione, socializzazione e rieducazione, compreso tutto il materiale di cancelleria, strumentazione, ecc.

ART. 9 – Volontariato e familiari

La Ditta aggiudicataria è tenuta a promuovere il contributo del volontariato che potrà essere impegnato, previo accordo con il soggetto appaltante per attività di socializzazione e di sostegno alle attività oggetto di appalto. L'impiego dei volontari è destinato esclusivamente ad attività complementari e di supporto e pertanto gli operatori devono essere sempre presenti durante le attività di supporto prestate. La Ditta aggiudicataria deve informare l'Ente appaltante per l'eventuale utilizzo di personale volontario segnalando: nominativi, ruolo e modalità di utilizzo dello stesso. La Ditta aggiudicataria deve farsi carico direttamente o indicare gli estremi della copertura assicurativa del personale volontario, senza oneri per l'Ente appaltante, nonché delle relative convenzioni.

Deve essere altresì promosso il coinvolgimento dei familiari degli ospiti del Centro diurno, nei confronti dei quali devono essere previste attività di informazione ed orientamento al fine di supportarli nella gestione del proprio familiare.

La Ditta aggiudicataria dovrà altresì promuovere le creazione di un Comitato Familiari.

ART. 10 – Attività alberghiere

10.1 Servizio di pulizie

La Ditta aggiudicataria è tenuta ad eseguire il servizio a perfetta regola d'arte in modo che tutti i locali del Centro diurno siano sempre in perfetto stato di decoro e pulizia. La pulizia dovrà essere eseguita, di norma, dal lunedì al sabato. L'orario dovrà essere successivo alla chiusura delle attività.

10.1.1 Modalità di svolgimento del servizio

Le operazioni di pulizia devono svolgersi presso i locali del Centro diurno per demenze sito a Jesi in Via San Giuseppe, come da planimetria allegata (Allegato A). L'attività di pulizia è articolata essenzialmente, ma non esaustivamente come di seguito indicato:

Pulizia ordinaria (frequenza minima tre volte alla settimana):

- areazione dei locali;
- svuotamento cestini getta/carta e sostituzione sacchetto/trasporto al punto di raccolta dei sacchi di rifiuti urbani;
- spolveratura ad umido di tutte le superficie orizzontali e di tutti gli arredi;
- passaggio panno umido con igienizzante su maniglie e interruttori;
- spolveratura ad umido dei davanzali;
- spazzatura ad umido dei pavimenti di tutti i locali, corridoi, ingressi ecc.;
- disinfezione sanitari e sanificazione.

Pulizia trimestrali:

- pulizia vetrate;
- spazzatura del terrazzo;
- pulizie in quota;

Pulizia annuale:

- spolveratura corpi illuminanti;
- spolveratura ad umido superfici verticali (ante armadi, arredi);
- spostamento degli arredi (ove possibile) per effettuare pulizia più approfondita;
- lavaggio delle porte, degli infissi e delle vetrate.

Gli attrezzi occorrenti, nonché i materiali di pulizia come anche i materiali di consumo sono forniti ed a totale carico della Ditta aggiudicataria e devono rispettare tutte le normative di sicurezza ed essere conformi nella misura minima del 50% alle specifiche tecniche di cui al punto 5.3 del decreto del Ministero dell'ambiente 24 maggio 2012, pubblicato nella G.U. 20/6/2012, n. 142. La ditta aggiudicataria dovrà curare tutti gli aspetti riguardanti l'attuazione di un sistema di raccolta differenziata, almeno della carta e della plastica, e lo smaltimento dei rifiuti assimilati ad urbani: fornitura di scatole, cassonetti, buste ecc., sostituzione e pulitura degli stessi con cadenze opportune, trasporto dei rifiuti fino agli idonei siti di smaltimento, a totale cura e rischio della ditta aggiudicataria.

Costante attività di disinfezione e disinfestazione di tutti gli ambienti (zanzare, roditori, ecc.) nonché deblattizzazione e derattizzazione ambientale con utilizzo di

strumenti idonei a strutture comunitarie. Tutte le attività di disinfezione, disinfestazione, deblattizzazione e derattizzazione non devono arrecare alcun danno o pericolo agli utenti (anche con problematiche di demenza senile) ed al personale che opera nella struttura e devono inoltre essere compatibili con gli spazi e l'organizzazione di una comunità.

Le modalità di svolgimento del servizio dovranno rispettare i criteri di esecuzione / clausole contrattuali di cui al paragrafo 5.5. del suddetto D.M. Ambiente.

L'attività di pulizia del Centro deve essere svolta negli orari di chiusura dello stesso al fine di non intralciare nella normale attività rivolta agli utenti.

È prevista la possibilità di subappaltare il servizio di pulizie nei limiti previsti dall'art. 105 del d.lgs. 50/2016.

10.1.2 Assegnazione del personale

Per lo svolgimento del servizio di pulizia la Ditta aggiudicataria deve impiegare esclusivamente personale in possesso di adeguata formazione professionale. Non è ammesso l'impiego di personale privo di idonea formazione e dovrà essere garantita una adeguata ed idonea attività di formazione continua.

La Ditta aggiudicataria, al momento dell'avvio del servizio, deve fornire l'organico del personale impiegato con l'indicazione delle qualifiche e mansioni, nonché dimostrare il possesso dei seguenti requisiti per ciascun operatore:

- 1) idoneità sanitaria alla mansione
- 2) certificato penale
- 3) certificato carichi pendenti.

La Ditta aggiudicataria è tenuta a fornire al personale idonea divisa di lavoro e ogni altro indumento protettivo necessario anche ai fini della sicurezza, calzature comode; il lavaggio degli indumenti di lavoro sarà a carico della Ditta. Al personale in servizio è fatto obbligo di esporre sempre il cartellino di riconoscimento contenente il nominativo dell'operatore, la qualifica professionale e il nome della Ditta. È a totale carico della Ditta aggiudicataria la fornitura di tutto il materiale di uso quotidiano necessario per il corretto svolgimento delle attività. Tutti gli obblighi e gli oneri assicurativi antinfortunistici, assistenziali e previdenziali sono a carico della Ditta, la quale ne è la sola responsabile. Il personale in servizio in ogni occasione deve mantenere un contegno riguardoso e corretto verso gli utenti ed i colleghi e garantire la riservatezza delle informazioni relative alle persone che fruiscono del servizio e in particolare:

- svolgere il servizio secondo gli orari ed il calendario prestabiliti;
- rispettare la privacy degli utenti;
- mantenere il segreto d'ufficio su fatti concernenti l'organizzazione e l'andamento del servizio;
- consegnare prontamente al Coordinatore del Centro eventuali oggetti o somme rinvenute nell'espletamento del servizio.

La Ditta aggiudicataria si impegna ad esercitare, nelle forme opportune, il controllo e la vigilanza sul corretto svolgimento del servizio da parte del personale impiegato, a richiamare e, se del caso, tempestivamente sostituire, gli operatori che non osservassero una condotta più che irreprensibile, anche a giudizio della stazione appaltante.

10.2 Servizio mensa

La Ditta aggiudicataria deve garantire per ciascun ospite del Centro:

- break mattutino, consistente almeno in uno snack dolce/salato e una bevanda;
- pranzo comprensivo di primo, secondo, contorno, pane, acqua;
- merenda, consistente almeno in uno snack dolce/salato e una bevanda.

I pasti devono essere forniti sulla base di tabelle dietetiche formulate a cura della Ditta aggiudicataria e, preventivamente all'utilizzo, visionate con parere favorevole dalla ASUR-Marche AV2 Distretto di Jesi. Dovrà essere predisposto un menù settimanale, articolato su 4 settimane e suddiviso in estivo ed invernale.

La ditta deve altresì garantire diete personalizzate su specifica prescrizione medica (allergie, celiachia, ecc.). Il menù dovrà tener conto delle caratteristiche dell'utenza del Centro, prevalentemente anziana, e pertanto: prevedere piatti appartenenti alla tradizione locale, rispettare il credo religioso e/o scelte alimentari personali (vegetariano, ecc.).

La preparazione e la fornitura dei pasti deve avvenire a cura di ditte debitamente autorizzate al servizio pasti ed in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente, in un centro di cottura e produzione idoneo e autorizzato. I pasti preparati dovranno essere veicolati con mezzi idonei, nel rispetto delle norme igieniche e sanitarie vigenti, con modalità e tempi tali da non pregiudicare la qualità sensoriale e nutrizionale dei pasti stessi. I pasti dovranno pervenire già porzionati e confezionati in contenitori a sigillatura ermetica nel rispetto delle vigenti norme igienico-sanitarie.

Il servizio mensa dovrà essere garantito per tutti i giorni di funzionamento del Centro.

A carico della Ditta, nella figura dell'OSS, l'attività di apparecchiamento e sparecchiamento delle sale, con l'utilizzo di materiale monouso a proprio carico, nonché il lavaggio delle stoviglie fornite dall'Ente appaltante, con materiale detergente a proprio carico.

Sono altresì a carico della Ditta aggiudicataria:

- la compilazione del menù personalizzato per ogni ospite del Centro;
- l'attività di porzionamento del pasto e l'aiuto nella assunzione dello stesso;
- il rispetto dell'HACCP per l'attività di competenza;
- la fornitura, al personale addetto al servizio mensa, di idoneo copridivisa, cuffia e guanti;
- il reintegro delle stoviglie fornite dall'Ente.

È prevista la possibilità di subappaltare il servizio di fornitura e trasporto pasti.

Il servizio dovrà essere eseguito nel rispetto dei criteri ambientali minimi, nella misura minima del 50%, di cui al decreto del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare del 25/7/2011, pubblicato in G.U. 220 del 21/9/2011 e, in particolare, nel rispetto del paragrafo 5.3 – specifiche tecniche e 5.5 criteri di esecuzione/ clausole contrattuali dell'allegato A al predetto decreto.

10.3 Attività di trasporto

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire l'attività di trasporto degli utenti dal proprio domicilio alla sede del Centro diurno e dalla sede del Centro diurno al proprio domicilio, al fine di garantire a ciascun utente la frequenza giornaliera al Centro nell'orario di apertura dello stesso.

L'attività di trasporto e accompagnamento al Centro sarà garantita solo all'interno del territorio comunale di Jesi.

Il servizio dovrà essere effettuato con automezzi messi a disposizione dalla ditta aggiudicataria, attrezzati ed omologati a norma di legge per la disabilità motoria, ed in regola con le normative di legge in materia ambientale, inteso come possibilità di fornire il servizio in zone della città sottoposte a limitazioni del traffico legate ad emissioni inquinanti. Il servizio dovrà essere svolto con personale di guida e di accompagnamento/sorveglianza adeguato professionalmente e numericamente al numero di utenti trasportati.

10.3.1 Assegnazione del personale

Per lo svolgimento della attività di trasporto la Ditta aggiudicataria deve impiegare esclusivamente proprio personale in possesso di adeguata formazione professionale. Non è ammesso l'impiego di personale privo di idonea formazione e dovrà essere garantita una adeguata ed idonea attività di formazione continua.

La Ditta aggiudicataria, al momento dell'avvio del servizio, deve fornire l'organico del personale impiegato con l'indicazione delle qualifiche e mansioni, nonché dimostrare il possesso dei seguenti requisiti per ciascun operatore:

- 1) idoneità sanitaria alla mansione
- 2) certificato penale
- 3) certificato carichi pendenti
- 4) possesso della patente di categoria idonea alla guida di mezzi per disabili.

La Ditta aggiudicataria è tenuta a fornire al proprio personale idonea divisa di lavoro e ogni altro indumento protettivo necessario anche ai fini della sicurezza; il lavaggio degli indumenti di lavoro sarà a carico della Ditta. Al personale in servizio è fatto obbligo di esporre sempre il cartellino di riconoscimento contenente il nominativo dell'operatore, la qualifica professionale e il nome della Ditta. È a totale carico della Ditta aggiudicataria la fornitura di tutto il materiale di uso quotidiano necessario per il corretto svolgimento delle attività. Tutti gli obblighi e gli oneri assicurativi antinfortunistici, assistenziali e previdenziali sono a carico della Ditta, la quale ne è la sola responsabile. Il personale in servizio in ogni occasione deve mantenere un contegno riguardoso e corretto verso gli utenti ed i colleghi e garantire la riservatezza delle informazioni relative alle persone che fruiscono del servizio e in particolare:

- svolgere il servizio secondo gli orari ed il calendario prestabiliti;
- rispettare la privacy degli utenti;
- mantenere il segreto d'ufficio su fatti concernenti l'organizzazione e l'andamento del servizio;
- consegnare prontamente al Coordinatore del Centro eventuali oggetti o somme rinvenute nell'espletamento del servizio.

La Ditta aggiudicataria si impegna ad esercitare, nelle forme opportune, il controllo e la vigilanza sul corretto svolgimento del servizio da parte del personale impiegato, a richiamare e, se del caso, tempestivamente sostituire, gli operatori che non osservassero una condotta più che irreprensibile, anche a giudizio della stazione appaltante.

10.4 Attività di minuta manutenzione e di manutenzione ordinaria

La Ditta aggiudicataria dovrà garantire, con oneri a totale carico, tutta l'attività di manutenzione ordinaria di tutte le dotazioni del Centro nonché il pronto intervento di minuta manutenzione.

Tale attività dovrà essere svolta da personale debitamente formato.

È prevista la possibilità di subappaltare il servizio minuta manutenzione e di manutenzione ordinaria.

ART. 11 – Personale

La Ditta aggiudicataria assicura che le prestazioni di cui al servizio oggetto dell'appalto verranno effettuate con personale regolarmente assunto ed avente i requisiti professionali richiesti, nel rispetto delle normative e dei contratti collettivi di lavoro vigenti nel settore, i cui nominativi e qualifica dovranno essere tempestivamente e preventivamente comunicati alla stazione appaltante.

La Ditta aggiudicataria deve garantire il regolare e puntuale adempimento del servizio in caso di sciopero del personale, darne preventiva comunicazione alla stazione appaltante in un termine non inferiore a tre giorni dalla data dello sciopero e comunicare tutte le eventuali modalità operative alternative per assicurare comunque e in ogni caso il servizio oggetto dell'appalto.

La Ditta aggiudicataria è tenuta ad indicare al suo interno un Responsabile del servizio, individuato nella figura del Coordinatore del Centro diurno, come da art. 7, che sarà la figura di riferimento per la stazione appaltante in ordine al regolare svolgimento del servizio oggetto dell'appalto.

La Ditta aggiudicataria si impegna ad osservare e ad applicare integralmente, in favore del proprio personale adibito al servizio oggetto dell'appalto, tutte le norme del contratto collettivo nazionale di lavoro previsto per il settore di appartenenza e degli accordi locali integrativi dello stesso, in vigore nel tempo e nelle località in cui si svolge il servizio medesimo, anche dopo la scadenza del contratto collettivo e degli accordi integrativi, pur se non aderente alle associazioni stipulanti, o receda da queste o indipendentemente dalla natura artigiana o industriale, dalla qualificazione giuridica, economica o sindacale.

La Ditta aggiudicataria dovrà altresì provvedere a propria cura e spese alle assicurazioni previdenziali, assistenziali ed infortunistiche, sollevando l'ASP da qualsiasi onere e responsabilità in merito.

La Ditta aggiudicataria ha l'obbligo di assumersi tutti gli oneri previsti dal d.lgs. n. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro prendendo in carico il documento di valutazione dei rischi di cui al medesimo d.lgs. n. 81/2008 esistente e produrre il prima possibile un proprio documento di valutazione dei rischi tenendo presente le caratteristiche specifiche dei luoghi di lavoro dove andrà ad operare e le eventuali interferenze.

L'inottemperanza ad uno qualsiasi degli obblighi precisati nel presente articolo comporta l'applicazione delle penalità e l'escussione della cauzione posta a garanzia dell'adempimento degli obblighi medesimi; lo svincolo potrà essere effettuato solo dopo che si sia stato accertato che gli obblighi predetti sono stati integralmente adempiuti mediante rilascio del certificato di verifica di conformità.

L'aggiudicatario, per le prestazioni rese nell'ambito dell'appalto, è responsabile in solido dell'osservanza integrale da parte dei subappaltatori nei confronti dei loro dipendenti del trattamento economico e normativo stabiliti dalla contrattazione collettiva nazionale e territoriale in vigore per il settore e per la zona in cui si eseguono le prestazioni. È altresì solidalmente responsabile con il subappaltatore degli adempimenti, da parte di quest'ultimo, degli obblighi di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

ART. 12 – Diritto di controllo

Nel presente appalto, ai sensi degli artt. 31 e 101 del d.lgs. n. 50/2016, le funzioni di Direttore dell'Esecuzione (DEC) saranno svolte dal soggetto diverso dal R.U.P. previamente nominato dal Direttore dell'ASP Ambito 9. La stazione appaltante si riserva, per tutta la durata contrattuale e con le modalità discrezionalmente ritenute più idonee, senza che la Ditta aggiudicataria possa eccepire alcunché, il diritto di effettuare, mediante il DEC, in qualsiasi momento ed anche senza preavviso, controlli presso il luogo in cui si svolge il servizio.

Nell'attività di controllo il DEC potrà avvalersi di dipendenti dell'ASP o appositi incaricati e collaboratori.

La stazione appaltante si riserva inoltre la possibilità di far intervenire tecnici specializzati per controllare che l'esecuzione del servizio oggetto dell'appalto avvenga secondo le norme previste nel presente capitolato e, comunque, nel rispetto della vigente normativa.

L'ispezione non dovrà comportare interferenze nello svolgimento del servizio ed i tecnici non potranno muovere nessun rilievo al personale addetto al servizio oggetto dell'appalto. Il personale della Ditta aggiudicataria non deve interferire sulle procedure di controllo dei tecnici incaricati.

Al fine di garantire la funzionalità delle attività suddette, la Ditta aggiudicataria è tenuta a fornire al personale incaricato delle operazioni di controllo la più ampia collaborazione, esibendo e fornendo tutta l'eventuale documentazione richiesta e permettendo l'accesso presso tutti i locali, principali ed accessori, ove il servizio oggetto dell'appalto viene effettuato.

L'esito dei controlli sarà documentato mediante compilazione di verbali in contraddittorio.

Nel caso gli accertamenti di cui sopra dovessero evidenziare una difformità di una qualsiasi delle relative prescrizioni previste nel presente capitolato, la Ditta aggiudicataria sarà tenuta al rimborso, senza eccezione alcuna, di tutte le spese sostenute dalla stazione appaltante per l'effettuazione del controllo stesso, senza pregiudizio di ogni altra sanzione conseguente al danno procurato dalla mancata corrispondenza con il presente capitolato e fatta salva l'applicazione delle previste penali.

Fermo restando quanto sopra, per tutta la durata contrattuale, entro e non oltre il terzo giorno lavorativo del mese successivo a quello della esecuzione, il Coordinatore del Centro diurno trasmette al DEC, un verbale di esecuzione dei servizi come da Allegato B. Entro i successivi 20 giorni lavorativi seguenti il ricevimento di tale verbale il DEC verifica la veridicità e correttezza di quanto in esso riportato e ne dà comunicazione al RUP che autorizza la ditta all'emissione della relativa fattura; qualora l'esito della verifica svolta dal DEC sia negativo, il RUP non autorizza l'emissione della fattura e richiede alla Ditta una dettagliata relazione a sostegno della mancata o non idonea

esecuzione di quanto previsto dal contratto. A seguito di valutazione delle giustificazioni presentate, l'Ente appaltante valuterà poi se autorizzare l'emissione della fattura o procedere con l'applicazione delle penali di cui al successivo art. 13.

In caso di mancata o ritardata emissione del verbale mensile di esecuzione dei servizi il pagamento del rateo dovuto verrà ritardato di un mese. In caso di reiterata mancata o ritardata emissione del verbale mensile di esecuzione dei servizi; di mancata o ritardata o parziale esecuzione della prestazione, oppure qualora l'esecuzione risulti, a seguito di verifica, non rispondente ai requisiti pattuiti, il soggetto appaltante si riserva la facoltà di applicare una penale secondo quanto stabilito nel successivo art. 13. In ogni caso è fatta salva la possibilità in capo al DEC, o suo delegato, di effettuare controlli a campione sulla corretta esecuzione di tutti i servizi posti in gara, con ampia facoltà di:

- effettuare tutti i controlli che ritiene opportuni sul corretto svolgimento dei servizi e sul rispetto degli orari di svolgimento;
- effettuare tutti i controlli che ritiene opportuni per quanto attiene al rispetto delle norme contrattuali, contributive ed assicurative nei confronti degli operatori;
- effettuare tutti i controlli che ritiene opportuni per quanto attiene la gestione del servizio, lo svolgimento dei programmi di lavoro e il raggiungimento degli obiettivi;
- segnalare comportamenti inadeguati del personale;
- richiedere la sostituzione del personale che, pur essendo già stato richiamato non abbia provveduto a modificare il proprio comportamento.

La verifica del servizio sarà svolta anche mediante periodici incontri con i familiari degli ospiti del Centro.

L'aggiudicatario dovrà somministrare agli utenti del servizio e/o loro familiari un questionario di Customer Satisfaction volto a verificare il livello di gradimento del servizio da parte dei fruitori e a raccogliere eventuali osservazioni e proposte migliorative del servizio. Il questionario, predisposto dall'aggiudicatario, dovrà essere somministrato con cadenza annuale nei termini che saranno stabiliti con la stazione appaltante dopo l'aggiudicazione del servizio. A carico della ditta l'analisi e rielaborazione dei questionari compilati, da restituire alla stazione appaltante sotto forma di report entro 30 giorni dalla somministrazione.

Dopo la scadenza contrattuale l'ASP Ambito 9 procederà, nei termini di legge, alla verifica di conformità per certificare che l'oggetto del contratto, in termini di prestazioni, obiettivi e caratteristiche tecniche, economiche e qualitative sia stato realizzato ed eseguito nel rispetto delle previsioni contrattuali e delle pattuizioni concordate in sede di aggiudicazione.

ART. 13 – Penalità per sospensione del servizio

L'appaltatore è tenuto ad eseguire il servizio con adeguata diligenza e professionalità, nel pieno rispetto delle norme del presente capitolato, del contratto e della legislazione applicabile al servizio oggetto d'appalto.

Qualora, anche a seguito dei controlli di cui al precedente articolo, si rilevino inadempiimenti, omissioni e irregolarità nello svolgimento del servizio verranno applicate le penali di seguito indicate per ciascuna violazione:

Violazione	Importo penale
Manchevolezze e deficienze nella qualità del servizio	€ 500,00
Presenza di operatori in numero inferiore a quello necessario per un corretto svolgimento del servizio	€ 1.000,00
Ritardo nelle esecuzioni degli adempimenti prescritti in caso di rilievo nelle ispezioni e in caso di invito al miglioramento e alla eliminazione di difetti o imperfezioni del servizio	€ 500,00
Mancato rispetto delle prescrizioni dei contratti in ordine alla documentazione da presentare, agli orari e tempi da osservare per il servizio prestato e in definitiva per colpe attribuibili nell'adempimento delle obbligazioni contrattuali	€ 2.000,00
Mancata esecuzione delle migliorie proposte (per ogni mese oltre i 3)	€ 1.000,00
Mancata voltura/attivazione delle utenze (per ogni mese oltre al primo)	€ 500,00

Il Responsabile del Procedimento farà pervenire alla Ditta aggiudicataria, per iscritto e senza ritardo, le osservazioni e le contestazioni rilevate.

La Ditta aggiudicataria, entro 5 giorni lavorativi dalla data della suddetta comunicazione, potrà fornire, sempre per iscritto, le proprie giustificazioni. Qualora queste non pervengano alla stazione appaltante nel predetto termine ovvero non vengano ritenute idonee ad escludere ogni responsabilità per l'inadempienza contrattuale contestata, alla medesima Ditta aggiudicataria verranno applicate le sanzioni e le penali di cui sopra con ritenute sui pagamenti e, in caso di insufficienza, con escussione della cauzione definitiva di cui al successivo art. 15.

L'applicazione di penali in misura superiore al 10% dell'importo netto contrattuale legittimerà la risoluzione per giusta causa del contratto da parte della stazione appaltante.

ART. 14 – Risoluzione del contratto

Ferma restando l'applicazione delle suddette penali, in caso di grave inadempienza, è facoltà della stazione appaltante richiedere la risoluzione anticipata del contratto, ai sensi dell'art. 108 del d.lgs. 50/2016 riservandosi di agire per ulteriori danni derivanti dall'interruzione del servizio e dal successivo affidamento ad altra ditta. Per l'applicazione di quanto sopra riportato, l'appaltante potrà rivalersi su eventuali crediti della ditta nonché sulla cauzione di cui al successivo art. 15 senza necessità di diffide o formalità di sorta.

L'ASP dichiarerà comunque la risoluzione del contratto e senza pregiudizio per ogni azione finalizzata alla rivalsa dei danni nei seguenti casi:

- interruzione del servizio senza giusta causa, o mancato avvio del servizio entro il termine stabilito;
- in caso di frode;
- inosservanza reiterata delle disposizioni di legge, dei regolamenti e degli obblighi previsti dal presente capitolato e del CCNL e la mancata reintegrazione della cauzione per garanzia definitiva di cui al successivo art. 15 ;
- concessione in subappalto in violazione dell'art. 4 del presente capitolato, o cessione del contratto;

- in caso la Ditta aggiudicataria non possedesse più i requisiti di carattere generale che le consentano di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- ogni altra inadempienza ritenuta grave dalla stazione appaltante.

Nei casi succitati l'ASP Ambito 9, per il risarcimento dei danni e delle spese derivanti, si rivarrà sulla cauzione prestata a garanzia delle prestazioni contrattuali, fatta salva la richiesta di risarcimento dell'eventuale ulteriore danno.

Il soggetto appaltante si riserva la facoltà di risolvere unilateralmente il contratto qualora l'inadempimento contrattuale contestato determini l'applicazione di una penale di importo superiore al 10% dell'importo contrattuale.

La risoluzione del contratto è preceduta dalla contestazione dell'addebito all'appaltatore che potrà presentare le proprie controdeduzioni entro i quindici giorni successivi; acquisite e valutate negativamente tali giustificazioni oppure scaduto inutilmente il termine senza che la ditta abbia risposto, sarà possibile disporre la risoluzione.

L'esecuzione in danno non esime la ditta inadempiente dalle responsabilità civili e penali in cui la stessa possa incorrere a norma di legge per i fatti che hanno motivato la risoluzione.

ART. 15 – Cauzione definitiva

L'appaltatore, quale esecutore del contratto, è obbligato a costituire, immediatamente dopo la comunicazione di aggiudicazione, una garanzia fideiussoria nell'importo e nei modi previsti dall'art. 103 del d.lgs. n. 50/2016.

La garanzia copre gli oneri per il mancato od inesatto adempimento e cessa di avere effetto solo successivamente all'emissione del certificato di verifica di conformità del servizio da parte del Responsabile del procedimento al termine dell'appalto.

È fatto comunque salvo il risarcimento del maggior danno accertato.

La stazione appaltante può richiedere al soggetto aggiudicatario la reintegrazione della garanzia ove questa sia venuta meno in tutto o in parte; in caso di inottemperanza entro 15 giorni dalla richiesta, la reintegrazione si effettua a valere sui ratei di prezzo da corrispondere all'esecutore.

ART. 16 – Verifica di conformità

La verifica di conformità è effettuata dal Responsabile del Procedimento nel termine di 60 giorni dall'ultimazione dell'esecuzione.

Stante la natura del servizio appaltato potranno essere effettuate verifiche di conformità in corso di esecuzione con la cadenza che sarà ritenuta adeguata dal Responsabile del Procedimento.

ART. 17 – Corrispettivi del contratto e condizioni di pagamento

Il prezzo offerto dalla ditta in sede di gara è da intendersi fisso ed immutabile per l'intera durata del contratto, salvo quanto previsto dall'articolo 3 del Presente Capitolato.

La Ditta aggiudicataria produrrà mensilmente un resoconto delle prestazioni fornite, mediante la compilazione del verbale di esecuzione dei servizi (Allegato B), che dovrà essere inoltrato all'ASP prima dell'emissione della relativa fattura, unitamente alla presenza del mese, per gli adempimenti necessari alla liquidazione del rateo. Il DEC verificherà nel termine di 20 giorni dal ricevimento la correttezza dei dati esposti e la re-

colare esecuzione del servizio, per come meglio indicato all'art. 12 del presente capitolato, quindi ne darà comunicazione al RUP al fine di autorizzare la relativa fatturazione.

Qualora, durante la vigenza contrattuale, la stazione appaltante dovesse dotarsi di un sistema di gestione informatizzata del servizio, la Ditta aggiudicataria si obbliga a rendicontare l'attività mensile del servizio secondo le modalità previste dal sistema medesimo.

Per ogni giornata di assenza di ciascun utente del Centro diurno l'ASP applicherà, a partire dal terzo giorno di assenza, una riduzione della tariffa giornaliera offerta del 60%.

Il pagamento dei corrispettivi, previa ricezione delle relative fatture, avverrà mensilmente nei termini di legge e a seguito delle verifiche normativamente previste nonché dei controlli di cui all'art. 12 del presente capitolato.

ART. 18 – Responsabilità dell'aggiudicatario e obblighi assicurativi

La gestione dei servizi oggetto del presente capitolato viene effettuata dalla Ditta aggiudicataria a proprio nome, per proprio conto ed a proprio rischio e pericolo in qualità di titolare dell'attività a tutti gli effetti di legge.

La ditta è obbligata a tenere sollevata ed indenne la stazione appaltante da ogni danno, diretto ed indiretto, causato agli utenti, ai suoi dipendenti o ai suoi beni, mobili, immobili ed attrezzature, nonché dai danni di qualsiasi natura che possano derivare a persone o a cose dall'attività del proprio personale. La stazione appaltante ed i suoi obbligati saranno così esenti da ogni azione, sia in via giudiziale, che stragiudiziale, da chiunque intentata.

È inoltre a carico della ditta l'adozione, nell'esecuzione dei servizi affidati, dei procedimenti e delle cautele necessarie per garantire l'incolumità di tutto il personale, degli utenti e dei terzi. La ditta dovrà stipulare una polizza di assicurazione per R.C.T., con un massimale non inferiore ad € 500.000,00 per sinistro a copertura di qualsiasi rischio derivante dall'espletamento del servizio che ricomprenda come terzo anche il committente.

La stazione appaltante è esonerata da ogni responsabilità per danni, infortuni od altro che dovesse accadere al personale dipendente dell'impresa durante l'esecuzione del servizio. A tale riguardo la ditta dovrà stipulare polizza RCO con adeguato massimale.

L'esistenza di tale polizze non libera l'impresa dalle proprie responsabilità avendo esse solo lo scopo di ulteriore garanzia. Prima della stipula del contratto l'impresa aggiudicataria dovrà presentare copia autentica delle suddette polizze assicurative o qualora già esistenti una apposita appendice la quale specifichi che dette polizze coprono anche il servizio prestato per la stazione appaltante.

Le suddette coperture assicurative dovranno essere mantenute operanti per l'intera durata contrattuale. A tal fine l'appaltatore dovrà produrre alla scadenza delle suddette polizze documentazione attestante l'avvenuto rinnovo delle stesse.

ART. 19 – Controversie contrattuali

Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra le parti in ordine all'applicazione o all'interpretazione del presente capitolato e del conseguente contratto è competente a decidere il Tribunale di Ancona.

ART. 20 – Stipula del contratto

La stipula del contratto con la Ditta aggiudicataria avverrà in modalità elettronica per atto pubblico notarile solo successivamente all'acquisizione delle certificazioni previste dalla legge anche in relazione alla normativa antimafia.

In caso di rinnovo o proroga non si procederà alla stipula di un nuovo contratto ma il contratto si intenderà rinnovato con la comunicazione da parte dell'ASP della volontà di avvalersi dell'opzione di rinnovo.

Qualsiasi spesa inerente al contratto, bolli, copie, registrazione, diritti di segreteria e pubblicazione sono a completo ed esclusivo carico della Ditta aggiudicataria.

ART. 21 – Norme applicabili

Per quanto non espressamente previsto nel presente capitolato, si rinvia al d.lgs. n. 50/2016, al codice civile, alla normativa in materia di contrattualistica pubblica e alla normativa specifica di settore.

Allegato A – Planimetria**Allegato B – Verbale di esecuzione dei servizi**

**APPALTO PER LA GESTIONE DEL CENTRO DIURNO
PER MALATI CON DEMENZE SITO A JESI**

MESE

ANNO

ORARI E PRESTAZIONI EROGATE NEL RISPETTO DEL CONTRATTO			
ATTIVITÀ ASSISTENZIALI	SÌ	NO	NOTE
Attività di coordinamento del Centro			
Servizio socio-assistenziale tutelare			
Servizio infermieristico professionale			
Servizio di animazione, socializzazione e rieducazione			
Attività di coordinamento del Centro			
Servizio socio-assistenziale tutelare			
Servizio infermieristico professionale			
ATTIVITÀ ALBERGHIERE	SÌ	NO	NOTE
Servizio mensa			
Servizio di pulizia			
Attività di trasporto			
Minuta manutenzione e interventi di ordinaria manutenzione			
Allestimento terrazza con piante verdi o ornamentali e relativa cura			

RIUNIONI D'ÉQUIPE: SÌ ☐ NO ☐

In allegato il verbale degli incontri svolti debitamente compilato e firmato

INCONTRI CON I FAMILIARI: SÌ ☐ NO ☐

In allegato il verbale degli incontri svolti debitamente compilato e firmato

RIUNIONE / FORMAZIONE DUVRI: SÌ ☐ NO ☐

In allegato il verbale degli incontri svolti debitamente compilato e firmato

[illegible]

Data,

Firma del Coordinatore del Centro diurno

.....

C. Disciplinare di gara

Sommario: 1. Premesse. – 2. Documentazione di gara, chiarimenti e comunicazioni. – 2.1 Documenti di gara. – 2.2 Chiarimenti. – 2.3 Comunicazioni. – 3. Oggetto dell'appalto, importo e suddivisione in lotti. – 4. Durata dell'appalto, opzioni e rinnovi. – 4.1 Durata. – 4.2 Opzioni e rinnovi. – 5. Soggetti ammessi in forma singola e associata e condizioni di partecipazione. – 6. Requisiti generali. – 7. Requisiti speciali e mezzi di prova. – 7.1 Requisiti di idoneità. – 7.2 Requisiti di capacità economica e finanziaria. – 7.3 Requisiti di capacità tecnica e professionale. – 7.4 Indicazioni per i raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, aggregazioni di imprese di rete, GEIE. – 7.5 Indicazioni per i consorzi di cooperative e di imprese artigiane e i consorzi stabili. – 8. Avvalimento. – 9. Subappalto. – 10. Garanzia provvisoria. – 11. Sopralluogo. – 12. Pagamento del contributo a favore dell'anac. – 13. Modalità di presentazione dell'offerta e sottoscrizione dei documenti di gara. – 14. Soccorso istruttorio. – 15. Contenuto della busta "A" – documentazione amministrativa. – 15.1 Domanda di partecipazione. – 15.2 Documento di gara unico europeo. – 15.3 Dichiarazioni integrative e documentazione a corredo. – 16. Contenuto della busta "B" – offerta tecnica. – 17. Contenuto della busta "C" – offerta economica. – 18. Criterio di aggiudicazione. – 18.1 Criteri di valutazione dell'offerta tecnica. – 18.2 Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell'offerta tecnica. – 18.3 Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell'offerta economica. – 18.4 Metodo per il calcolo dei punteggi. – 19. Svolgimento operazioni di gara: apertura della busta a – verifica documentazione amministrativa. – 20. Commissione giudicatrice. – 21. Apertura delle buste b e c – valutazione delle offerte tecniche ed economiche. – 22. Verifica di anomalia delle offerte. – 23. Aggiudicazione dell'appalto e stipula del contratto. – 24. Clausola sociale e altre condizioni particolari di esecuzione. – 25. Definizione delle controversie. – 26. Trattamento dei dati personali.

Gara europea a procedura aperta per l'appalto della gestione del Centro diurno demenze

1. PREMESSE

Con determina/decreto a contrarre n. del, questa Amministrazione ha deliberato di affidare il servizio di gestione del Centro diurno demenze.

L'affidamento avverrà mediante procedura aperta e con applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità prezzo, ai sensi degli artt. 60 e 95 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 – Codice dei contratti pubblici (in seguito: Codice).

Il luogo di svolgimento del servizio/consegna della fornitura è
.....[codice NUTS.....]

CIG CUI CUP[indicare solo se obbligatorio]

[In caso di suddivisione in lotti]

lotto 1 CIG CUI CUP[indicare solo se obbligatorio]

lotto 2 CIG CUI CUP[indicare solo se obbligatorio]

Il **Responsabile del procedimento**, ai sensi dell'art. 31 del Codice, è [indicare nome e cognome].

2. DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI

2.1 Documenti di gara

La documentazione di gara comprende:

- 1) Progetto ai sensi dell'art. 23 commi 14 e 15 del Codice, con i contenuti ivi previsti, comprensivo dei seguenti documenti: capitolato speciale prestazionale e descrittivo; schema di contratto;
- 2) Bando di gara;
- 3) Disciplinare di gara;
- 4) DUVRI;
- 5) *[ove presente]* Patto di integrità/protocollo di legalità *[indicare il riferimento normativo o amministrativo, es. legge regionale n. ... del....., delibera n. ... del ... da cui discende l'applicazione del suddetto patto/protocollo];*
- 6) *[indicare eventuali altri allegati].*

[In caso siano definiti, con apposito d.m., criteri ambientali minimi relativi all'oggetto dell'appalto] Il progetto di cui al n. 1 è stato redatto tenendo conto delle specifiche tecniche e delle clausole contrattuali contenute nei criteri ambientali minimi (CAM) di cui al *[specificare il d.m. di riferimento emanato dal Ministero dell'Ambiente della Tutela del Territorio e del Mare].*

La documentazione di gara è disponibile sul sito internet: <http://www.....> *[indicare l'indirizzo completo delle pagine relative].*

2.2 Chiarimenti

È possibile ottenere chiarimenti sulla presente procedura mediante la proposizione di quesiti scritti da inoltrare all'indirizzo *[posta elettronica/PEC],* almeno otto giorni prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte.

Le richieste di chiarimenti devono essere formulate esclusivamente in lingua italiana. Ai sensi dell'art. 74 comma 4 del Codice, le risposte a tutte le richieste presentate in tempo utile verranno fornite almeno sei giorni prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte, mediante pubblicazione in forma anonima all'indirizzo internet <http://www.....>

Non sono ammessi chiarimenti telefonici.

2.3 Comunicazioni

Ai sensi dell'art. 76, comma 6 del Codice, i concorrenti sono tenuti ad indicare, in sede di offerta, l'indirizzo PEC o, solo per i concorrenti aventi sede in altri Stati membri, l'indirizzo di posta elettronica, da utilizzare ai fini delle comunicazioni di cui all'art. 76, comma 5, del Codice.

Salvo quanto disposto nel paragrafo 2.2 del presente disciplinare, tutte le comunicazioni tra stazione appaltante e operatori economici si intendono validamente ed efficacemente effettuate qualora rese all'indirizzo PEC *[indicare l'indirizzo PEC della stazione appaltante]* e all'indirizzo indicato dai concorrenti nella documentazione di gara.

Eventuali modifiche dell'indirizzo PEC/posta elettronica o problemi temporanei nell'utilizzo di tali forme di comunicazione, dovranno essere tempestivamente segnalate alla stazione appaltante; diversamente la medesima declina ogni responsabilità per il tardivo o mancato recapito delle comunicazioni.

In caso di raggruppamenti temporanei, GEIE, aggregazioni di imprese di rete o consorzi ordinari, anche se non ancora costituiti formalmente, la comunicazione recapitata al mandatario si intende validamente resa a tutti gli operatori economici raggruppati, aggregati o consorziati.

In caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, la comunicazione recapitata al consorzio si intende validamente resa a tutte le consorziate.

In caso di avvalimento, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti gli operatori economici ausiliari.

In caso di subappalto, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti i subappaltatori indicati.

3. OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI

L'appalto è costituito da un unico lotto poiché l'affidamento ad un unico appaltatore consente una gestione più razionale ed efficace del rapporto contrattuale, nonché un risparmio in termini di costi per l'ente.

Tabella n. 1 – Oggetto dell'appalto

Prestazione	CPV	P (principale) S (secondaria)	Importo
Servizio di Centri diurni	85312100-0	P	334.000
Servizi di mensa	55510000-8	p	80.000
Servizi di trasporto	60000000-8	p	82.000
Servizi di pulizia	90910000-9	p	54.000
Servizi di riparazione	45453100-8	p	6.800
Totale importo a base di gara			556.800,00

L'importo a base di gara è al netto di IVA e/o di altre imposte e contributi di legge, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze.

L'importo degli oneri per la sicurezza da interferenze è pari a € 1.200,00 IVA e/o altre imposte e contributi di legge esclusi e **non è soggetto a ribasso**.

L'appalto è finanziato con fondi del Servizio Sanitario Nazionale, Fondi proprio e compartecipazione degli utenti.

Ai sensi dell'art. 23, comma 16, del Codice l'importo posto a base di gara comprende i costi della manodopera che la stazione appaltante ha stimato pari ad € 372.000,00 calcolati sulla base dei seguenti elementi: servizio di centri diurni e servizio di pulizia.

Il calcolo dei costi del personale impiegato è stato determinato applicando la tariffa oraria prevista dal tariffario del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 17/9/2013 per le lavoratrici e i lavoratori delle Cooperative del settore socio-sanitario assistenziale educativo e di inserimento lavorativo-cooperative sociali.

4. DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI

4.1 Durata

La durata dell'appalto (escluse le eventuali opzioni) è di anni due decorrenti presuntivamente dal [indicare il termine iniziale: es. la sottoscrizione del contratto].

4.2 Opzioni e rinnovi

La stazione appaltante si riserva la facoltà di rinnovare il contratto, alle medesime condizioni, per una durata pari a anni due, per un importo pari all'importo contrattuale. La stazione appaltante esercita tale facoltà comunicandola all'appaltatore mediante posta elettronica certificata almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto originario.

[Facoltativo: affidamento di servizi analoghi] La stazione appaltante si riserva la facoltà, nei limiti di cui all'art. 63, comma 5 del Codice, di affidare all'aggiudicatario, nei successivi tre anni dalla stipula del contratto, nuovi servizi consistenti nella ripetizione di servizi analoghi, secondo quanto previsto nel progetto posto alla base del presente affidamento, come di seguito indicati [precisare le prestazioni oggetto dell'eventuale affidamento], per una durata pari a [indicare il periodo] per un importo stimato complessivamente non superiore ad € al netto di IVA e/o di altre imposte e contributi di legge, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze [nel presente appalto non è stato previsto l'affidamento di servizi analoghi].

[Facoltativo: modifiche del contratto ai sensi dell'art. 106, comma 1 lett. a) del Codice] Il contratto di appalto potrà essere modificato, senza una nuova procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. a) del Codice, nei seguenti casi: [indicare in modo chiaro, preciso ed inequivocabile, la portata e la natura delle modifiche contrattuali, nonché le condizioni alle quali esse possono essere impiegate. Le clausole di revisione dei prezzi tengono conto dei prezzi di riferimento, ove definiti, ovvero fissano il parametro da utilizzare per l'aggiornamento del prezzo. Le modifiche non possono alterare la natura generale del contratto].

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11 del Codice e comunque per il tempo massimo di mesi sei. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi – o più favorevoli – prezzi, patti e condizioni.

Ai fini dell'art. 35, comma 4 del Codice, il valore massimo stimato dell'appalto, è pari ad € 1.252.800,00 al netto di IVA e/o di altre imposte e contributi di legge, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenza pari a euro 1.400,00.

5. SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE

Gli operatori economici, anche stabiliti in altri Stati membri, possono partecipare alla presente gara in forma singola o associata, secondo le disposizioni dell'art. 45 del Codice, purché in possesso dei requisiti prescritti dai successivi articoli.

Ai soggetti costituiti in forma associata si applicano le disposizioni di cui agli artt. 47 e 48 del Codice.

È vietato ai concorrenti di partecipare alla gara in più di un raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario di concorrenti o aggregazione di imprese aderenti al contratto di rete (nel prosieguo, aggregazione di imprese di rete).

È vietato al concorrente che partecipa alla gara *[in caso di suddivisione dell'appalto in lotti distinti sostituire "alla gara" con "al singolo lotto"]* in raggruppamento o consorzio ordinario di concorrenti, di partecipare anche in forma individuale.

È vietato al concorrente che partecipa alla gara *[in caso di suddivisione dell'appalto in lotti distinti sostituire "alla gara" con "al singolo lotto"]* in aggregazione di imprese di rete, di partecipare anche in forma individuale. Le imprese retiste non partecipanti alla gara possono presentare offerta, per la medesima gara, in forma singola o associata.

I consorzi di cui all'articolo 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice sono tenuti ad indicare, in sede di offerta, per quali consorziati il consorzio concorre; a questi ultimi **è vietato** partecipare, in qualsiasi altra forma, alla presente gara *[in caso di suddivisione dell'appalto in lotti distinti sostituire "gara" con "singolo lotto"]*. In caso di violazione sono esclusi dalla gara sia il consorzio sia il consorziato; in caso di inosservanza di tale divieto si applica l'articolo 353 del codice penale.

Nel caso di consorzi di cui all'articolo 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice, le consorziate designate dal consorzio per l'esecuzione del contratto non possono, a loro volta, a cascata, indicare un altro soggetto per l'esecuzione.

Le aggregazioni tra imprese aderenti al contratto di rete di cui all'art. 45, comma 2 lett. f) del Codice, rispettano la disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese in quanto compatibile. In particolare:

- a) **nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica (c.d. rete-soggetto)**, l'aggregazione di imprese di rete partecipa a mezzo dell'organo comune, che assumerà il ruolo della mandataria, qualora in possesso dei relativi requisiti. L'organo comune potrà indicare anche solo alcune tra le imprese retiste per la partecipazione alla gara ma dovrà obbligatoriamente far parte di queste;
- b) **nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune con potere di rappresentanza ma priva di soggettività giuridica (c.d. rete-contratto)**, l'aggregazione di imprese di rete partecipa a mezzo dell'organo comune, che assumerà il ruolo della mandataria, qualora in possesso dei requisiti previsti per la mandataria e qualora il contratto di rete rechi mandato allo stesso a presentare domanda di partecipazione o offerta per determinate tipologie di procedure di gara. L'organo comune potrà indicare anche solo alcune tra le imprese retiste per la partecipazione alla gara ma dovrà obbligatoriamente far parte di queste;
- c) **nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune privo di potere di rappresentanza ovvero sia sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei**

requisiti di qualificazione, l'aggregazione di imprese di rete partecipa nella forma del raggruppamento costituito o costituendo, con applicazione integrale delle relative regole (cfr. Determinazione ANAC n. 3 del 23 aprile 2013).

Per tutte le tipologie di rete, la partecipazione congiunta alle gare deve risultare individuata nel contratto di rete come uno degli scopi strategici inclusi nel programma comune, mentre la durata dello stesso dovrà essere commisurata ai tempi di realizzazione dell'appalto (cfr. Determinazione ANAC n. 3 del 23 aprile 2013).

Il ruolo di mandante/mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese può essere assunto anche da un consorzio di cui all'art. 45, comma 1, lett. b), c) ovvero da una sub-associazione, nelle forme di un RTI o consorzio ordinario costituito oppure di un'aggregazioni di imprese di rete.

A tal fine, se la rete è dotata di organo comune con potere di rappresentanza (con o senza soggettività giuridica), tale organo assumerà la veste di mandataria della sub-associazione; se, invece, la rete è dotata di organo comune privo del potere di rappresentanza o è sprovvista di organo comune, il ruolo di mandataria della sub-associazione è conferito dalle imprese retiste partecipanti alla gara, mediante mandato ai sensi dell'art. 48 comma 12 del Codice, dando evidenza della ripartizione delle quote di partecipazione.

Ai sensi dell'art. 186-*bis*, comma 6 del r.d. 16 marzo 1942, n. 267, l'impresa in concordato preventivo con continuità aziendale può concorrere anche riunita in RTI purché non rivesta la qualità di mandataria e sempre che le altre imprese aderenti al RTI non siano assoggettate ad una procedura concorsuale.

6. REQUISITI GENERALI

Sono **esclusi** dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice.

Sono comunque **esclusi** gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-*ter*, del d.lgs. del 2001 n. 165.

Gli operatori economici aventi sede, residenza o domicilio nei paesi inseriti nelle c.d. **black list** di cui al decreto del Ministro delle finanze del 4 maggio 1999 e al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 21 novembre 2001 devono, **pena l'esclusione dalla gara**, essere in possesso, dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del d.m. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze (art. 37 del d.l. 3 maggio 2010 n. 78 conv. in l. 122/2010) oppure della domanda di autorizzazione presentata ai sensi dell'art. 1 comma 3 del d.m. 14 dicembre 2010.

Gli operatori economici devono possedere, **pena l'esclusione dalla gara**, l'iscrizione nell'elenco dei fornitori, prestatori di servizi ed esecutori di lavori non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa (c.d. *white list*) istituito presso la Prefettura della provincia in cui l'operatore economico ha la propria sede oppure devono aver presentato domanda di iscrizione al predetto elenco (cfr. Circolare Ministero dell'interno prot. 25954 del 23 marzo 2016 e DPCM 18 aprile 2013 come aggiornato dal D.P.C.M. 24 novembre 2016).

[In caso di vigenza di patti/protocolli di legalità] La mancata accettazione delle clausole contenute nel protocollo di legalità/patto di integrità costituisce **causa di esclusione** dalla gara, ai sensi dell'art. 1, comma 17 della l. 190/2012.

7. REQUISITI SPECIALI E MEZZI DI PROVA

I concorrenti, a **pena di esclusione**, devono essere in possesso dei requisiti previsti nei commi seguenti. I documenti richiesti agli operatori economici ai fini della dimostrazione dei requisiti devono essere trasmessi mediante AVCpass in conformità alla delibera ANAC n. 157 del 17 febbraio 2016.

Ai sensi dell'art. 59, comma 4, lett. b) del Codice, sono inammissibili le offerte prive della qualificazione richiesta dal presente disciplinare.

7.1 Requisiti di idoneità

a) **Iscrizione** nel registro tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato per attività coerenti con quelle oggetto della presente procedura di gara.

Il concorrente non stabilito in Italia ma in altro Stato membro o in uno dei Paesi di cui all'art. 83, comma 3 del Codice, presenta dichiarazione giurata o secondo le modalità vigenti nello Stato nel quale è stabilito.

Il concorrente non stabilito in Italia ma in altro Stato Membro o in uno dei Paesi di cui all'art. 83, co 3 del Codice, presenta dichiarazione giurata o secondo le modalità vigenti nello Stato nel quale è stabilito.

Per la comprova del requisito la stazione appaltante acquisisce d'ufficio i documenti in possesso di pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'operatore economico, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

7.2 Requisiti di capacità economica e finanziaria

Possesso di almeno due idonee referenze bancarie rilasciate da istituti bancari o intermediari autorizzati ai sensi del d.lgs. 1 settembre 1993, n. 385; nel caso in cui il concorrente non sia in grado, per fondati motivi, di presentare le predette referenze bancarie, può provare la propria capacità economica e finanziaria mediante un qualsiasi altro documento considerato idoneo dalla stazione appaltante ai sensi dell'art. 86, comma 4, del d.lgs. n. 50/2016. Si specifica fin d'ora che sarà ritenuto idoneo il possesso, nell'ultimo triennio, di un fatturato annuo minimo almeno pari al valore stimato del presente appalto.

Comprova requisiti in sede di verifica: le referenze bancarie dovranno essere presentate in originale alla stazione appaltante.

La comprova del requisito è fornita, ai sensi dell'art. 86, comma 4 e all. XVII parte I, del Codice

- per le società di capitali mediante i bilanci approvati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle offerte corredati della nota integrativa;
- per gli operatori economici costituiti in forma d'impresa individuale ovvero di società di persone mediante il Modello Unico o la Dichiarazione IVA.

Ove le informazioni sui fatturati non siano disponibili, per le imprese che abbiano iniziato l'**attività da meno di tre anni**, i requisiti di fatturato devono essere rapportati al periodo di attività.

Ai sensi dell'art. 86, comma 4, del Codice l'operatore economico, che per fondati motivi non è in grado di presentare le referenze richieste può provare la propria capaci-

tà economica e finanziaria mediante un qualsiasi altro documento considerato idoneo dalla stazione appaltante.

[Facoltativo] Rispetto, ai sensi dell'art. 83, comma 4 lett. b) del Codice, dei **rapporti tra attività e passività** di seguito indicati, desunti dal conto annuale riferito a ciascuno degli esercizi finanziari relativi agli anni *[indicare da uno a max due esercizi di riferimento]*.

[la stazione appaltante specifica il tipo di indicatore richiesto e il valore soglia dello stesso]

-
-

La comprova del requisito è fornita, ai sensi dell'art. 86, comma 4 e all. XVII parte I, del Codice, mediante *[la stazione appaltante, a seconda del tipo di rapporto richiesto, indica i documenti per la dimostrazione del requisito]*:

-
-

[Facoltativo] Possesso, ai sensi dell'art. 83, comma 4 lett. c) del Codice, della seguente **copertura assicurativa** per un massimale non inferiore a n. volte l'importo a base di gara *[stabilire la quantificazione del massimale assicurativo]*.

La comprova di tale requisito è fornita mediante l'esibizione della relativa polizza in copia conforme.

7.3 Requisiti di capacità tecnica e professionale

Aver svolto senza contestazioni nel triennio precedente la pubblicazione del bando di gara almeno n. due servizi analoghi a quello oggetto del presente appalto, che siano stati eseguiti per almeno 1 anno alla data di presentazione dell'offerta. Per servizio analogo si intende la gestione di un Centro diurno autorizzato per anziani non autosufficienti, per malati di Alzheimer/demenze o per disabili (per la Regione Marche: CSER).

Comprova requisiti in sede di verifica: qualora i suddetti servizi non siano stati svolti presso pubbliche amministrazioni dovranno essere presentate idonee attestazioni dei committenti presso cui il servizio è stato reso ovvero copia autentica dei contratti con gli stessi sottoscritti e fatture quietanzate per il periodo di svolgimento.

7.4 Indicazioni per i raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, aggregazioni di imprese di rete, GEIE

Per il requisito relativo all'**iscrizione nel registro delle imprese o albo**, di cui al precedente punto 1

- nell'ipotesi di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario già costituiti o da costituirsi, o di aggregazione di imprese di rete, o di GEIE ciascuna delle imprese raggruppate/raggruppande o consorziate/consorziande o aderenti al contratto di rete deve essere in possesso della relativa iscrizione;
- nell'ipotesi di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c), del Codice (consorzi di cooperative e consorzi stabili), il requisito deve essere posseduto direttamente dal consorzio e da ciascuna delle imprese consorziate indicate come esecutrici;

segue

le **referenze bancarie** di cui al precedente punto 7.2 devono essere presentate:

- nell'ipotesi di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario già costituiti o da costituirsi, o di aggregazione di imprese di rete, o di GEIE da ciascuna impresa che compone il costituendo raggruppamento, consorzio ordinario o aggregazione di imprese di rete;
- nell'ipotesi di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c), del Codice (consorzi di cooperative e consorzi stabili) direttamente dal consorzio, nel caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c), del Codice (consorzi di cooperative e consorzi stabili), fatto salvo quanto previsto dall'art. 47, comma 2, del Codice.

Il requisito relativo ai **servizi analoghi** di cui al precedente punto 7.3, deve essere posseduto:

- nell'ipotesi di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario già costituiti o da costituirsi, o di aggregazione di imprese di rete, o di GEIE dal raggruppamento nel suo complesso, fermo restando che l'impresa capogruppo mandataria o indicata come tale nel caso di raggruppamento o consorzio ordinario da costituirsi o GEIE, o aggregazione di imprese di rete deve possederlo in misura maggioritaria;
- nell'ipotesi di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c), del Codice (consorzi di cooperative e consorzi stabili) direttamente dal consorzio, nel caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) (consorzi di cooperative e consorzi stabili), fatto salvo quanto previsto dall'art. 47, comma 2, del Codice.

8. AVVALIMENTO

Ai sensi dell'art. 89 del Codice, l'operatore economico, singolo o associato ai sensi dell'art. 45 del Codice, può dimostrare il possesso dei requisiti di carattere economico, finanziario, tecnico e professionale di cui all'art. 83, comma 1, lett. b) e c) del Codice avvalendosi dei requisiti di altri soggetti, anche partecipanti al raggruppamento.

Non è consentito l'avvalimento per la dimostrazione dei requisiti generali e di idoneità professionale.

Ai sensi dell'art. 89, comma 1, del Codice, il contratto di avvalimento contiene, **a pena di nullità**, la specificazione dei requisiti forniti e delle risorse messe a disposizione dall'ausiliaria.

Il concorrente e l'ausiliaria sono responsabili in solido nei confronti della stazione appaltante in relazione alle prestazioni oggetto del contratto.

È ammesso l'avvalimento di più ausiliarie. L'ausiliaria non può avvalersi a sua volta di altro soggetto.

Ai sensi dell'art. 89, comma 7 del Codice, **a pena di esclusione**, non è consentito che l'ausiliaria presti avvalimento per più di un concorrente e che partecipino alla gara *[in alternativa, in caso di suddivisione dell'appalto in lotti distinti sostituire "alla gara" con "al singolo lotto"]* sia l'ausiliaria che l'impresa che si avvale dei requisiti.

L'ausiliaria può assumere il ruolo di subappaltatore nei limiti dei requisiti prestati.

L'ausiliaria di un concorrente può essere indicata, quale subappaltatore, nella terza di altro concorrente.

Nel caso di dichiarazioni mendaci si procede all'esclusione del concorrente e all'escussione della garanzia ai sensi dell'art. 89, comma 1, ferma restando l'applicazione dell'art. 80, comma 12 del Codice.

Ad eccezione dei casi in cui sussistano dichiarazioni mendaci, qualora per l'ausiliaria sussistano motivi obbligatori di esclusione o laddove essa non soddisfi i pertinenti criteri di selezione, la stazione appaltante impone, ai sensi dell'art. 89, comma 3 del Codice, al concorrente di sostituire l'ausiliaria.

In qualunque fase della gara sia necessaria la sostituzione dell'ausiliaria, la commissione comunica l'esigenza al RUP, il quale richiede per iscritto, secondo le modalità di cui al punto 2.3, al concorrente la sostituzione dell'ausiliaria, assegnando un termine congruo per l'adempimento, decorrente dal ricevimento della richiesta. Il concorrente, entro tale termine, deve produrre i documenti dell'ausiliaria subentrante (nuove dichiarazioni di avvalimento da parte del concorrente, il DGUE della nuova ausiliaria nonché il nuovo contratto di avvalimento). In caso di inutile decorso del termine, ovvero in caso di mancata richiesta di proroga del medesimo, la stazione appaltante procede all'esclusione del concorrente dalla procedura.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata produzione della dichiarazione di avvalimento o del contratto di avvalimento, a condizione che i citati elementi siano preesistenti e comprovabili con documenti di data certa, anteriore al termine di presentazione dell'offerta.

La mancata indicazione dei requisiti e delle risorse messi a disposizione dall'impresa ausiliaria non è sanabile in quanto causa di nullità del contratto di avvalimento.

9. SUBAPPALTO

Il concorrente indica all'atto dell'offerta le parti del servizio/fornitura che intende subappaltare o concedere in cottimo nei limiti del 30% dell'importo complessivo del contratto, in conformità a quanto previsto dall'art. 105 del Codice; in mancanza di tali indicazioni il subappalto è **vietato**.

È ammesso il subappalto delle prestazioni oggetto del presente affidamento nei limiti previsti dal capitolato speciale d'appalto e con le modalità ed i limiti di cui all'art. 105 del d.lgs. n. 50/2016.

Il concorrente è tenuto ad indicare nell'offerta obbligatoriamente tre subappaltatori.

Non costituisce motivo di esclusione ma comporta, per il concorrente, il **divieto di subappalto**:

- l'omessa dichiarazione della terna;
- l'indicazione di un numero di subappaltatori inferiore a tre;
- l'indicazione di un subappaltatore che, contestualmente, concorra in proprio alla gara.

È consentita l'indicazione dello stesso subappaltatore in più terne di diversi concorrenti.

[In caso l'appalto comprenda più tipologie di prestazione] Il concorrente indica, ai sensi dell'art. 105 comma 6 del Codice, una terna di subappaltatori con riferimento a ciascuna tipologia di prestazione omogenea. Il tale caso il medesimo subappaltatore può essere indicato in più terne.

I subappaltatori devono possedere i requisiti previsti dall'art. 80 del Codice e dichiararli in gara mediante presentazione di un proprio DGUE, da compilare nelle parti pertinenti. Il mancato possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del Codice, ad eccezione di quelli previsti nel comma 4 del medesimo articolo, in capo ad uno dei subappaltatori indicati nella terna comporta l'**esclusione** del concorrente dalla gara.

Non si configurano come attività affidate in subappalto quelle di cui all'art. 105, comma 3 del Codice.

10. GARANZIA PROVVISORIA

L'offerta è corredata da:

- 1) **una garanzia provvisoria**, come definita dall'art. 93 del Codice, pari a 2% dell'importo a base di gara e precisamente di importo pari ad € 11.160,00, salvo quanto previsto all'art. 93, comma 7 del Codice;
- 2) **una dichiarazione di impegno**, da parte di un istituto bancario o assicurativo o altro soggetto di cui all'art. 93, comma 3 del Codice, anche diverso da quello che ha rilasciato la garanzia provvisoria, **a rilasciare garanzia fideiussoria definitiva** ai sensi dell'articolo 93, comma 8 del Codice, qualora il concorrente risulti affidatario. Tale dichiarazione di impegno non è richiesta alle microimprese, piccole e medie imprese e ai raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari esclusivamente dalle medesime costituiti.

Ai sensi dell'art. 93, comma 6 del Codice, la garanzia provvisoria copre la mancata sottoscrizione del contratto, dopo l'aggiudicazione, dovuta ad ogni fatto riconducibile all'affidatario o all'adozione di informazione antimafia interdittiva emessa ai sensi degli articoli 84 e 91 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159. Sono fatti riconducibili all'affidatario, tra l'altro, la mancata prova del possesso dei requisiti generali e speciali; la mancata produzione della documentazione richiesta e necessaria per la stipula della contratto. L'eventuale esclusione dalla gara prima dell'aggiudicazione, al di fuori dei casi di cui all'art. 89 comma 1 del Codice, non comporterà l'escussione della garanzia provvisoria.

La garanzia provvisoria copre, ai sensi dell'art. 89, comma 1 del Codice, anche le dichiarazioni mendaci rese nell'ambito dell'avvalimento.

La **garanzia provvisoria è costituita**, a scelta del concorrente:

- a. in titoli del debito pubblico garantiti dallo Stato depositati presso una sezione di tesoreria provinciale o presso le aziende autorizzate, a titolo di pegno, a favore della stazione appaltante; il valore deve essere al corso del giorno del deposito;
- b. fermo restando il limite all'utilizzo del contante di cui all'articolo 49, comma 1 del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, in contanti, con bonifico, in assegni circolari, con versamento presso *[la stazione appaltante indica gli estremi per il deposito mediante bonifico bancario o postale];*
- c. fideiussione bancaria o assicurativa rilasciata da imprese bancarie o assicurative che rispondano ai requisiti di cui all'art. 93, comma 3 del Codice. In ogni caso, la garanzia fideiussoria è conforme allo schema tipo di cui all'art. 103, comma 9 del Codice.

Gli operatori economici, prima di procedere alla sottoscrizione, sono tenuti a verificare che il soggetto garante sia in possesso dell'autorizzazione al rilascio di garanzie mediante accesso ai seguenti siti internet:

- <http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/intermediari/index.html>
- <http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/garanzie-finanziarie/>
- http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/soggetti-non-legittimati/Intermediari_non_abilitati.pdf
- http://www.ivass.it/ivass/imprese_jsp/HomePage.jsp.

In caso di prestazione di **garanzia fideiussoria**, questa dovrà:

- 1) contenere espressa menzione dell'oggetto e del soggetto garantito;

- 2) essere intestata a tutti gli operatori economici del costituito/constituendo raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario o GEIE, ovvero a tutte le imprese retiste che partecipano alla gara ovvero, in caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, al solo consorzio;
- 3) essere conforme allo schema tipo approvato con decreto del Ministro dello sviluppo economico di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e previamente concordato con le banche e le assicurazioni o loro rappresentanze. essere conforme agli schemi di polizza tipo di cui al comma 4 dell'art. 127 del Regolamento (nelle more dell'approvazione dei nuovi schemi di polizza-tipo, la fideiussione redatta secondo lo schema tipo previsto dal decreto del Ministero delle attività produttive del 23 marzo 2004, n. 123, dovrà essere integrata mediante la previsione espressa della rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2, del codice civile, mentre ogni riferimento all'art. 30 della l. 11 febbraio 1994, n. 109 deve intendersi sostituito con l'art. 93 del Codice);
- 4) avere validità per ... giorni *[almeno 180 gg. – ovvero altro termine, in relazione alla durata prevista per la validità dell'offerta come indicata al successivo paragrafo 13]* dal termine ultimo per la presentazione dell'offerta;
- 5) prevedere espressamente:
 - a. la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale di cui all'art. 1944 del codice civile, volendo ed intendendo restare obbligata in solido con il debitore;
 - b. la rinuncia ad eccepire la decorrenza dei termini di cui all'art. 1957 del codice civile;
 - c. la loro operatività entro quindici giorni a semplice richiesta scritta della stazione appaltante;
- 6) contenere l'impegno a rilasciare la garanzia definitiva, ove rilasciata dal medesimo garante;
[Facoltativo: 7), 8), 9)]
- 7) riportare l'autentica della sottoscrizione;
- 8) essere corredata da una dichiarazione sostitutiva di atto notorio del fideiussore che attesti il potere di impegnare con la sottoscrizione la società fideiussore nei confronti della stazione appaltante;
- 9) essere corredata dall'impegno del garante a rinnovare la garanzia ai sensi dell'art. 93, comma 5 del Codice, su richiesta della stazione appaltante per ulteriori giorni, nel caso in cui al momento della sua scadenza non sia ancora intervenuta l'aggiudicazione.

La garanzia fideiussoria e la dichiarazione di impegno devono essere **sottoscritte** da un soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante ed essere **prodotte** in una delle seguenti forme:

- in originale o in copia autentica ai sensi dell'art. 18 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- documento informatico, ai sensi dell'art. 1, lett. p) del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 sottoscritto con firma digitale dal soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante;

- copia informatica di documento analogico (scansione di documento cartaceo) secondo le modalità previste dall'art. 22, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 82/2005. In tali ultimi casi la conformità del documento all'originale dovrà esser attestata dal pubblico ufficiale mediante apposizione di firma digitale (art. 22, comma 1, del d.lgs. n. 82/2005) ovvero da apposita dichiarazione di autenticità sottoscritta con firma digitale dal notaio o dal pubblico ufficiale (art. 22, comma 2 del d.lgs. n. 82/2005).

In caso di richiesta di estensione della durata e validità dell'offerta e della garanzia fideiussoria, il concorrente potrà produrre una nuova garanzia provvisoria di altro garante, in sostituzione della precedente, a condizione che abbia espressa decorrenza dalla data di presentazione dell'offerta.

L'importo della garanzia e del suo eventuale rinnovo **è ridotto** secondo le misure e le modalità di cui all'art. 93, comma 7 del Codice.

Per fruire di dette riduzioni il concorrente segnala e documenta nell'offerta il possesso dei relativi requisiti fornendo copia dei certificati posseduti.

In caso di partecipazione in forma associata, la riduzione del 50% per il possesso della certificazione del sistema di qualità di cui all'articolo 93, comma 7, si ottiene:

- a. in caso di partecipazione dei soggetti di cui all'art. 45, comma 2, lett. d), e), f), g), del Codice solo se tutte le imprese che costituiscono il raggruppamento, consorzio ordinario o GEIE, o tutte le imprese retiste che partecipano alla gara siano in possesso della predetta certificazione;
- b. in caso di partecipazione in consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, solo se la predetta certificazione sia posseduta dal consorzio e/o dalle consorziate.

Le altre riduzioni previste dall'art. 93, comma 7, del Codice si ottengono nel caso di possesso da parte di una sola associata oppure, per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, da parte del consorzio e/o delle consorziate.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata presentazione della garanzia provvisoria e/o dell'impegno a rilasciare garanzia fideiussoria definitiva solo a condizione che siano stati già costituiti prima della presentazione dell'offerta. È onere dell'operatore economico dimostrare che tali documenti siano costituiti in data non successiva al termine di scadenza della presentazione delle offerte. Ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 82/2005, la data e l'ora di formazione del documento informatico sono opponibili ai terzi se apposte in conformità alle regole tecniche sulla validazione (es.: marcatura temporale).

È sanabile, altresì, la presentazione di una garanzia di valore inferiore o priva di una o più caratteristiche tra quelle sopra indicate (intestazione solo ad alcuni partecipanti al RTI, carenza delle clausole obbligatorie, ecc.).

Non è sanabile – e quindi è causa di esclusione – la sottoscrizione della garanzia provvisoria da parte di un soggetto non legittimato a rilasciare la garanzia o non autorizzato ad impegnare il garante.

11. SOPRALLUOGO

Il sopralluogo presso la struttura non **è obbligatorio**.

Il sopralluogo può essere effettuato nei soli giorni.... *[indicare i giorni]*.

La richiesta di sopralluogo deve essere inoltrata a ... *[indicare indirizzo mail/PEC]* e deve riportare i seguenti dati dell'operatore economico: nominativo del concorrente;

recapito telefonico; recapito fax/indirizzo e-mail; nominativo e qualifica della persona incaricata di effettuare il sopralluogo.

La suddetta richiesta dovrà essere inviata entro le ore del giorno

Data, ora e luogo del sopralluogo sono comunicati ai concorrenti con almeno due giorni di anticipo.

Il sopralluogo può essere effettuato dal rappresentante legale/procuratore/direttore tecnico in possesso del documento di identità, o da soggetto in possesso del documento di identità e apposita delega munita di copia del documento di identità del delegante. Il soggetto delegato ad effettuare il sopralluogo non può ricevere l'incarico da più concorrenti.

La stazione appaltante rilascia attestazione di avvenuto sopralluogo.

In caso di **raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario già costituiti, GEIE, aggregazione di imprese di rete di cui al punto 5 lett. a), b) e, se costituita in RTI, di cui alla lett. c)**, in relazione al regime della solidarietà di cui all'art. 48, comma 5, del Codice, tra i diversi operatori economici, il sopralluogo può essere effettuato da un rappresentante legale/procuratore/direttore tecnico di uno degli operatori economici raggruppati, aggregati in rete o consorziati o da soggetto diverso, purché munito della delega del mandatario/capofila.

In caso di **raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario non ancora costituiti, aggregazione di imprese di rete di cui al punto 5 lett. c) non ancora costituita in RTI**, il sopralluogo è effettuato da un rappresentante legale/procuratore/direttore tecnico di uno degli operatori economici raggruppati, aggregati in rete o consorziati o da soggetto diverso, purché munito della delega di tutti detti operatori. In alternativa l'operatore raggruppando/aggregando/consorziando può effettuare il sopralluogo singolarmente.

In caso di **consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c)** del Codice il sopralluogo deve essere effettuato da soggetto munito di delega conferita dal consorzio oppure dall'operatore economico consorziato indicato come esecutore.

12. PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ANAC

I concorrenti effettuano, **a pena di esclusione**, il pagamento del contributo previsto dalla legge in favore dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per un importo pari a € 70,00 secondo le modalità di cui alla delibera ANAC n. 1377 del 21 dicembre 2016 pubblicata sul sito dell'ANAC nella sezione "contributi in sede di gara" e allegano la ricevuta ai documenti di gara.

In caso di mancata presentazione della ricevuta la stazione appaltante accerta il pagamento mediante consultazione del sistema AVCpass.

Qualora il pagamento non risulti registrato nel sistema, la mancata presentazione della ricevuta potrà essere sanata ai sensi dell'art. 83, comma 9 del Codice, a condizione che il pagamento sia stato già effettuato prima della scadenza del termine di presentazione dell'offerta.

In caso di mancata dimostrazione dell'avvenuto pagamento, la stazione appaltante **esclude** il concorrente dalla procedura di gara ai sensi dell'art. 1, comma 67 della l. 266/2005.

13. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA

Il plico contenente l'offerta, **a pena di esclusione**, deve essere sigillato e trasmesso a mezzo raccomandata del servizio postale o tramite corriere o mediante consegna a mano all'ufficio protocollo negli orari di apertura dell'ufficio resi pubblici sul sito

Il plico deve pervenire **entro le ore del giorno, esclusivamente all'indirizzo**

Il personale addetto rilascerà ricevuta nella quale sarà indicata data e ora di ricezione del plico. Il recapito tempestivo dei plichi rimane ad esclusivo rischio dei mittenti. Si precisa che per "sigillatura" deve intendersi una chiusura ermetica recante un qualsiasi segno o impronta, apposto su materiale plastico come striscia incollata o ceralacca, tale da rendere chiusi il plico e le buste, attestare l'autenticità della chiusura originaria proveniente dal mittente, nonché garantire l'integrità e la non manomissione del plico e delle buste.

Il plico deve recare, all'esterno, le informazioni relative all'operatore economico concorrente [*denominazione o ragione sociale, codice fiscale, indirizzo PEC per le comunicazioni*] e riportare la dicitura:

CIG procedura aperta l'affidamento in appalto del servizio di gestione del Centro diurno per demenze

Scadenza offerte: Non aprire

Nel caso di concorrenti associati, già costituiti o da costituirsi, vanno riportati sul plico le informazioni di tutti i singoli partecipanti.

Il plico contiene al suo interno tre buste chiuse e sigillate, recanti l'intestazione del mittente, l'indicazione dell'oggetto dell'appalto e la dicitura, rispettivamente:

"A – Documentazione amministrativa"

"B – Offerta tecnica"

"C – Offerta economica".

La mancata sigillatura delle buste "A", "B" e "C" inserite nel plico, nonché la non integrità delle medesime tale da compromettere la segretezza, sono **cause di esclusione** dalla gara.

Con le stesse modalità e formalità sopra descritte e purché entro il termine indicato per la presentazione delle offerte, pena l'irricevibilità, i concorrenti possono far pervenire eventuali sostituzioni al plico già presentato. Non saranno ammesse né integrazioni al plico recapitato, né integrazioni o sostituzioni delle singole buste presenti all'interno del plico medesimo, essendo possibile per il concorrente richiedere esclusivamente la sostituzione del plico già consegnato con altro plico.

Per i concorrenti aventi sede legale in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive si redigono ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000; per i concorrenti non aventi sede legale in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive sono rese mediante documentazione idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza.

Tutte le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000, ivi compreso il DGUE, la domanda di partecipazione, l'offerta tecnica e l'offerta economica devono essere sottoscritte dal rappresentante legale del concorrente o suo procuratore.

Il dichiarante allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento, in corso di validità (per ciascun dichiarante è sufficiente una sola copia del documento di riconoscimento anche in presenza di più dichiarazioni su più fogli distinti).

La documentazione, ove non richiesta espressamente in originale, potrà essere prodotta in copia autentica o in copia conforme ai sensi, rispettivamente, degli artt. 18 e 19 del d.P.R. n. 445/2000. Ove non diversamente specificato è ammessa la copia semplice.

In caso di concorrenti non stabiliti in Italia, la documentazione dovrà essere prodotta in modalità idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza; si applicano gli articoli 83, comma 3, 86 e 90 del Codice.

Tutta la documentazione da produrre deve essere in lingua italiana o, se redatta in lingua straniera, deve essere corredata da traduzione giurata in lingua italiana. In caso di contrasto tra testo in lingua straniera e testo in lingua italiana prevarrà la versione in lingua italiana, essendo a rischio del concorrente assicurare la fedeltà della traduzione.

In caso di mancanza, incompletezza o irregolarità della traduzione dei documenti contenuti nella busta A, si applica l'art. 83, comma 9 del Codice.

Le offerte tardive **saranno escluse** in quanto irregolari ai sensi dell'art. 59, comma 3, lett. b) del Codice.

L'offerta vincolerà il concorrente ai sensi dell'art. 32, comma 4 del Codice per 180 giorni dalla scadenza del termine indicato per la presentazione dell'offerta.

Nel caso in cui alla data di scadenza della validità delle offerte le operazioni di gara siano ancora in corso, la stazione appaltante potrà richiedere agli offerenti, ai sensi dell'art. 32, comma 4 del Codice, di confermare la validità dell'offerta sino alla data che sarà indicata e di produrre un apposito documento attestante la validità della garanzia prestata in sede di gara fino alla medesima data.

Il mancato riscontro alla richiesta della stazione appaltante sarà considerato come rinuncia del concorrente alla partecipazione alla gara.

14. SOCCORSO ISTRUTTORIO

Le carenze di qualsiasi elemento formale della domanda, e in particolare, la mancanza, l'incompletezza e ogni altra irregolarità essenziale degli elementi e del DGUE, con esclusione di quelle afferenti all'offerta economica e all'offerta tecnica, possono essere sanate attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all'art. 83, comma 9 del Codice.

L'irregolarità essenziale è sanabile laddove non si accompagni ad una carenza sostanziale del requisito alla cui dimostrazione la documentazione omessa o irregolarmente prodotta era finalizzata. La successiva correzione o integrazione documentale è ammessa laddove consenta di attestare l'esistenza di circostanze preesistenti, vale a dire requisiti previsti per la partecipazione e documenti/elementi a corredo dell'offerta. Nello specifico valgono le seguenti regole:

- il mancato possesso dei prescritti requisiti di partecipazione non è sanabile mediante soccorso istruttorio e determina l'esclusione dalla procedura di gara;
- l'omessa o incompleta nonché irregolare presentazione delle dichiarazioni sul possesso dei requisiti di partecipazione e ogni altra mancanza, incompletezza o irregolarità del DGUE e della domanda, ivi compreso il difetto di sottoscrizione, sono sanabili, ad eccezione delle false dichiarazioni;

- la mancata produzione della dichiarazione di avvalimento o del contratto di avvalimento, può essere oggetto di soccorso istruttorio solo se i citati elementi erano preesistenti e comprovabili con documenti di data certa anteriore al termine di presentazione dell'offerta;
- la mancata presentazione di elementi a corredo dell'offerta (es. garanzia provvisoria e impegno del fideiussore) ovvero di condizioni di partecipazione gara (es. mandato collettivo speciale o impegno a conferire mandato collettivo), entrambi aventi rilevanza in fase di gara, sono sanabili, solo se preesistenti e comprovabili con documenti di data certa, anteriore al termine di presentazione dell'offerta;
- la mancata presentazione di dichiarazioni e/o elementi a corredo dell'offerta, che hanno rilevanza in fase esecutiva (es. dichiarazione delle parti del servizio/fornitura ai sensi dell'art. 48, comma 4 del Codice) sono sanabili.

Ai fini della sanatoria la stazione appaltante assegna al concorrente un congruo termine – non superiore a dieci giorni – perché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie, indicando il contenuto e i soggetti che le devono rendere.

Ove il concorrente produca dichiarazioni o documenti non perfettamente coerenti con la richiesta, la stazione appaltante può chiedere ulteriori precisazioni o chiarimenti, fissando un termine perentorio a pena di esclusione.

In caso di inutile decorso del termine, la stazione appaltante procede all'**esclusione** del concorrente dalla procedura.

Al di fuori delle ipotesi di cui all'articolo 83, comma 9, del Codice è facoltà della stazione appaltante invitare, se necessario, i concorrenti a fornire chiarimenti in ordine al contenuto dei certificati, documenti e dichiarazioni presentati.

15. CONTENUTO DELLA BUSTA “A – DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA”

La busta “A” contiene la domanda di partecipazione e le dichiarazioni integrative, il DGUE nonché la documentazione a corredo, in relazione alle diverse forme di partecipazione.

15.1 Domanda di partecipazione

La domanda di partecipazione è redatta, in bollo *[ove la stazione appaltante abbia redatto un modello inserire la seguente frase: “preferibilmente secondo il modello di cui all'allegato n.”]* e contiene tutte le seguenti informazioni e dichiarazioni.

Il concorrente indica la forma singola o associata con la quale l'impresa partecipa alla gara (impresa singola, consorzio, RTI, aggregazione di imprese di rete, GEIE).

In caso di partecipazione in RTI, consorzio ordinario, aggregazione di imprese di rete, GEIE, il concorrente fornisce i dati identificativi (ragione sociale, codice fiscale, sede) e il ruolo di ciascuna impresa (mandataria/mandante; capofila/consorziata).

Nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, il consorzio indica il consorziato per il quale concorre alla gara; qualora il consorzio non indichi per quale/i consorziato/i concorre, si intende che lo stesso partecipa in nome e per conto proprio.

La domanda è sottoscritta:

- nel caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario costituiti, dalla mandataria/capofila.

- nel caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario non ancora costituiti, da tutti i soggetti che costituiranno il raggruppamento o consorzio;
 - nel caso di aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete si fa riferimento alla disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile. In particolare:
- a. **se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e con soggettività giuridica**, ai sensi dell'art. 3, comma 4-*quater*, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal solo operatore economico che riveste la funzione di organo comune;
 - b. **se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica**, ai sensi dell'art. 3, comma 4-*quater*, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa che riveste le funzioni di organo comune nonché da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipano alla gara;
 - c. **se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti per assumere la veste di mandataria**, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa aderente alla rete che riveste la qualifica di mandataria, ovvero, in caso di partecipazione nelle forme del raggruppamento da costituirsi, da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipa alla gara.

Nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, la domanda è sottoscritta dal consorzio medesimo.

Il concorrente allega:

- a) copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore;
- b) copia conforme all'originale della procura *[e ove la stazione possenga un collegamento adeguato ad acquisire la visura camerale contenente l'indicazione dei poteri dei procuratori inserire anche la seguente frase: "oppure nel solo caso in cui dalla visura camerale del concorrente risulti l'indicazione espressa dei poteri rappresentativi conferiti con la procura, la dichiarazione sostitutiva resa dal procuratore attestante la sussistenza dei poteri rappresentativi risultanti dalla visura"]*.

15.2 Documento di gara unico europeo

Il concorrente compila il DGUE di cui allo schema allegato al d.m. del Ministero delle infrastrutture e trasporti del 18 luglio 2016 o successive modifiche messo a disposizione su *[indicare dove reperire il DGUE]* secondo quanto di seguito indicato.

Parte I – Informazioni sulla procedura di appalto e sull'amministrazione aggiudicatrice o ente aggiudicatore

[In caso di mancato ricorso al servizio DGUE in formato elettronico] Il concorrente rende tutte le informazioni richieste relative alla procedura di appalto.

Parte II – Informazioni sull'operatore economico

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

In caso di ricorso all'avvalimento si richiede la compilazione della sezione C.

Il concorrente indica la denominazione dell'operatore economico ausiliario e i requisiti oggetto di avvalimento.

Il concorrente, per ciascun ausiliaria, allega:

- 1) DGUE, a firma dell'ausiliaria, contenente le informazioni di cui alla parte II, sezioni A e B, alla parte III, alla parte IV, in relazione ai requisiti oggetto di avvalimento, e alla parte VI;
- 2) dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 89, comma 1 del Codice, sottoscritta dall'ausiliaria, con la quale quest'ultima si obbliga, verso il concorrente e verso la stazione appaltante, a mettere a disposizione, per tutta la durata dell'appalto, le risorse necessarie di cui è carente il concorrente;
- 3) dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 89, comma 7 del Codice sottoscritta dall'ausiliaria con la quale quest'ultima attesta di non partecipare alla gara in proprio o come associata o consorziata;
- 4) originale o copia autentica del contratto di avvalimento, in virtù del quale l'ausiliaria si obbliga, nei confronti del concorrente, a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie, che devono essere dettagliatamente descritte, per tutta la durata dell'appalto. A tal fine il contratto di avvalimento contiene, **a pena di nullità**, ai sensi dell'art. 89 comma 1 del Codice, la specificazione dei requisiti forniti e delle risorse messe a disposizione dall'ausiliaria;
- 5) PASSOE dell'ausiliaria;

In caso di operatori economici ausiliari aventi sede, residenza o domicilio nei paesi inseriti nelle c.d. "black list";

- 6) dichiarazione dell'ausiliaria del possesso dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del d.m. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi (art. 37 del d.l. n. 78/2010, conv. in l. n. 122/2010) **oppure** dichiarazione dell'ausiliaria di aver presentato domanda di autorizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 3 del d.m. 14.12.2010 con allegata copia dell'istanza di autorizzazione inviata al Ministero.

In caso di ricorso al subappalto si richiede la compilazione della sezione D.

Il concorrente, pena l'impossibilità di ricorrere al subappalto, indica l'elenco delle prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale dell'importo complessivo del contratto nonché, ai sensi dell'art. 105, comma 6 del Codice, la denominazione dei tre subappaltatori proposti.

Il concorrente, per ciascun subappaltatore, allega:

- 1) DGUE, a firma del subappaltatore, contenente le informazioni di cui alla parte II, sezioni A e B, alla parte III, sezioni A, C e D, e alla parte VI;
- 2) PASSOE del subappaltatore.

Parte III – Motivi di esclusione

Il concorrente dichiara di non trovarsi nelle condizioni previste dal punto 6 del presente disciplinare (Sez. A-B-C-D).

[Si ricorda che, fino all'aggiornamento del DGUE al decreto correttivo di cui al d.lgs. 19 aprile 2017 n. 56, ciascun soggetto che compila il DGUE allega una dichiarazione integrativa in ordine al possesso dei requisiti di all'art. 80, comma 5 lett. f-bis) e f-ter) del Codice – cfr. punto 15.3.1 n. 1 del presente Disciplinare].

Parte IV – Criteri di selezione

Il concorrente dichiara di possedere tutti i requisiti richiesti dai criteri di selezione barrando direttamente la sezione «α» ovvero compilando quanto segue:

- a) la sezione A per dichiarare il possesso del requisito relativo all' idoneità professionale di cui al par. 7.1 del presente disciplinare;
- b) la sezione B per dichiarare il possesso del requisito relativo alla capacità economico-finanziaria di cui al par. 7.2 del presente disciplinare;
- c) la sezione C per dichiarare il possesso del requisito relativo alla capacità professionale e tecnica di cui al par. 7.3 del presente disciplinare;
- d) la sezione D per dichiarare il possesso del requisito relativo ai sistemi di garanzia della qualità e norme di gestione ambientale di cui al par. 7.3 del presente disciplinare.

Parte VI – Dichiarazioni finali

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

Il DGUE deve essere presentato:

- nel caso di raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, GEIE, da tutti gli operatori economici che partecipano alla procedura in forma congiunta;
- nel caso di aggregazioni di imprese di rete da ognuna delle imprese retiste, se l'intera rete partecipa, ovvero dall'organo comune e dalle singole imprese retiste indicate;
- nel caso di consorzi cooperativi, di consorzi artigiani e di consorzi stabili, dal consorzio e dai consorziati per conto dei quali il consorzio concorre;

In caso di incorporazione, fusione societaria o cessione d'azienda, le dichiarazioni di cui all'art. 80, commi 1, 2 e 5, lett. l) del Codice, devono riferirsi anche ai soggetti di cui all'art. 80 comma 3 del Codice che hanno operato presso la società incorporata, fusasi o che ha ceduto l'azienda nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara.

15.3 Dichiarazioni integrative e documentazione a corredo

15.3.1 Dichiarazioni integrative

Ciascun concorrente rende le seguenti dichiarazioni, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000, con le quali:

1. *[fino all'aggiornamento del DGUE al decreto correttivo di cui al d.lgs. 19 aprile 2017, n. 56]* dichiara di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80, comma 5 lett. *f-bis*) e *f-ter*) del Codice;
2. dichiara i dati identificativi (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, comune di residenza, ecc.) dei soggetti di cui all'art. 80, comma 3 del Codice, ovvero indica la banca dati ufficiale o il pubblico registro da cui i medesimi possono essere ricavati in modo aggiornato alla data di presentazione dell'offerta;
3. dichiara remunerativa l'offerta economica presentata giacché per la sua formulazione ha preso atto e tenuto conto:
 - a) delle condizioni contrattuali e degli oneri compresi quelli eventuali relativi in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere svolti i servizi/fornitura;

- b) di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccettuata, *[in caso di pubblicazione dei prezzi di riferimento da parte dell'ANAC inserire: "ivi compresi i prezzi di riferimento pubblicati dall'ANAC"]* che possono avere influito o influire sia sulla prestazione dei servizi/fornitura, sia sulla determinazione della propria offerta;
4. accetta, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella documentazione gara;
 5. ***[in caso di vigenza di patti/protocolli di legalità]*** accetta il patto di integrità/protocollo di legalità ... *[indicare il riferimento normativo o amministrativo, es. legge regionale n. ... del ..., delibera n. ... del ... da cui discende l'applicazione del suddetto patto/protocollo]* allegato alla documentazione di gara (art. 1, comma 17, della l. n. 190/2012);
 6. ***[in caso di vigenza di codice di comportamento della stazione appaltante]*** dichiara di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento adottato dalla stazione appaltante con reperibile a *[indicare gli estremi del Codice di comportamento e dove reperirlo]* e si impegna, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto;
 7. ***[in caso di particolari condizioni di esecuzione]*** accetta, ai sensi dell'art. 100, comma 2 del Codice, i requisiti particolari per l'esecuzione del contratto nell'ipotesi in cui risulti aggiudicatario;
 8. ***[facoltativo]*** si impegna a sottoscrivere la dichiarazione di conformità agli standard sociali minimi di cui all'allegato I al decreto del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare del 6 giugno 2012, allegata al contratto;
 9. dichiara di essere iscritto nell'elenco dei fornitori, prestatori di servizi non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa (c.d. *white list*) istituito presso la Prefettura della provincia di oppure dichiara di aver presentato domanda di iscrizione nell'elenco dei fornitori, prestatori di servizi non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa (c.d. *white list*) istituito presso la Prefettura della provincia di

Per gli operatori economici aventi sede, residenza o domicilio nei paesi inseriti nelle c.d. "black list"

10. dichiara di essere in possesso dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del d.m. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi (art. 37 del d.l. n. 78/2010, conv. in l. 122/2010) oppure dichiara di aver presentato domanda di autorizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 3 del d.m. 14.12.2010 e allega copia conforme dell'istanza di autorizzazione inviata al Ministero;

Per gli operatori economici non residenti e privi di stabile organizzazione in Italia

11. si impegna ad uniformarsi, in caso di aggiudicazione, alla disciplina di cui agli articoli 17, comma 2, e 53, comma 3 del d.P.R. n. 633/1972 e a comunicare alla stazione appaltante la nomina del proprio rappresentante fiscale, nelle forme di legge;

12. **[se è previsto il sopralluogo obbligatorio]** dichiara di aver preso visione dei luoghi **oppure** allega il certificato rilasciato dalla stazione appaltante attestante la presa visione dello stato dei luoghi in cui deve essere eseguita la prestazione;
13. indica i seguenti dati: domicilio fiscale; codice fiscale, partita IVA; indica l'indirizzo PEC **oppure**, solo in caso di concorrenti aventi sede in altri Stati membri, l'indirizzo di posta elettronica ai fini delle comunicazioni di cui all'art. 76, comma 5 del Codice;
14. autorizza qualora un partecipante alla gara eserciti la facoltà di "accesso agli atti", la stazione appaltante a rilasciare copia di tutta la documentazione presentata per la partecipazione alla gara **oppure** non autorizza, qualora un partecipante alla gara eserciti la facoltà di "accesso agli atti", la stazione appaltante a rilasciare copia dell'offerta tecnica e delle spiegazioni che saranno eventualmente richieste in sede di verifica delle offerte anomale, in quanto coperte da segreto tecnico/commerciale. Tale dichiarazione dovrà essere adeguatamente motivata e comprovata ai sensi dell'art. 53, comma 5, lett. a), del Codice;
15. attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara, nonché dell'esistenza dei diritti di cui all'articolo 7 del medesimo decreto legislativo.

Per gli operatori economici ammessi al concordato preventivo con continuità aziendale di cui all'art. 186-bis del r.d. 16 marzo 1942, n. 267

16. indica, ad integrazione di quanto indicato nella parte III, sez. C, lett. d) del DGUE, i seguenti estremi del provvedimento di ammissione al concordato e del provvedimento di autorizzazione a partecipare alle gare rilasciati dal Tribunale di nonché dichiara di non partecipare alla gara quale mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese e che le altre imprese aderenti al raggruppamento non sono assoggettate ad una procedura concorsuale ai sensi dell'art. 186-bis, comma 6 del r.d. 16 marzo 1942, n. 267.

Le suddette dichiarazioni, di cui ai punti da 1 a 16, potranno essere rese o sotto forma di allegati alla domanda di partecipazione ovvero quali sezioni interne alla domanda medesima debitamente compilate e sottoscritte dagli operatori dichiaranti nonché dal sottoscrittore della domanda di partecipazione.

15.3.2 Documentazione a corredo

Il concorrente allega:

17. PASSOE di cui all'art. 2, comma 3 lett. b) della delibera ANAC n. 157/2016, relativo al concorrente; in aggiunta, nel caso in cui il concorrente ricorra all'avvalimento ai sensi dell'art. 49 del Codice, anche il PASSOE relativo all'ausiliaria; in caso di subappalto anche il PASSOE dell'impresa subappaltatrice;
18. documento attestante la garanzia provvisoria con allegata dichiarazione di impegno di un fideiussore di cui all'art. 93, comma 8 del Codice;

Per gli operatori economici che presentano la cauzione provvisoria in misura ridotta, ai sensi dell'art. 93, comma 7 del Codice

19. copia conforme della certificazione di cui all'art. 93, comma 7 del Codice che giustifica la riduzione dell'importo della cauzione;
20. ricevuta di pagamento del contributo a favore dell'ANAC.

15.3.3 Documentazione e dichiarazioni ulteriori per i soggetti associati

Le dichiarazioni di cui al presente paragrafo sono sottoscritte secondo le modalità di cui al punto 15.1.

Per i raggruppamenti temporanei già costituiti

- copia autentica del mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria per atto pubblico o scrittura privata autenticata;
- dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, comma 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

Per i consorzi ordinari o GEIE già costituiti

- atto costitutivo e statuto del consorzio o GEIE, in copia autentica, con indicazione del soggetto designato quale capofila;
- dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, comma 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici consorziati.

Per i raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari o GEIE non ancora costituiti

- dichiarazione attestante:
 - a. l'operatore economico al quale, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
 - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente con riguardo ai raggruppamenti temporanei o consorzi o GEIE ai sensi dell'art. 48 comma 8 del Codice conferendo mandato collettivo speciale con rappresentanza all'impresa qualificata come mandataria che stipulerà il contratto in nome e per conto delle mandanti/consorziate;
 - c. dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, comma 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica

- copia autentica o copia conforme del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. n. 82/2005, con indicazione dell'organo comune che agisce in rappresentanza della rete;
- dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'organo comune, che indichi per quali imprese la rete concorre;
- dichiarazione che indichi le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica

- copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. n. 82/2005, recante il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla impresa mandataria; qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. n. 82/2005, il mandato nel contratto di rete non può ritenersi sufficiente e sarà obbligatorio conferire un nuovo mandato nella forma della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. n. 82/2005;
- dichiarazione che indichi le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, ovvero, se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti, partecipa nelle forme del RTI costituito o costituendo:

- **in caso di RTI costituito:** copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. n. 82/2005 con allegato il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria, recante l'indicazione del soggetto designato quale mandatario e delle parti del servizio o della fornitura, ovvero della percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete; qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. n. 82/2005, il mandato deve avere la forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. n. 82/2005;
- **in caso di RTI costituendo:** copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, con allegate le dichiarazioni, rese da ciascun concorrente aderente al contratto di rete, attestanti:
 - a. a quale concorrente, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
 - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente in materia di raggruppamenti temporanei;
 - c. le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza potrà essere conferito alla mandataria con scrittura privata.

Qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. n. 82/2005, il mandato dovrà avere la forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. n. 82/2005.

Le dichiarazioni di cui al presente paragrafo 15.3.3 potranno essere rese o sotto forma di allegati alla domanda di partecipazione ovvero quali sezioni interne alla domanda medesima.

16. CONTENUTO DELLA BUSTA “B – OFFERTA TECNICA”

La busta “B – Offerta tecnica” contiene, **a pena di esclusione**, i seguenti documenti:

a) relazione tecnica dei servizi/forniture offerti;

La relazione contiene una proposta tecnico-organizzativa che illustra, con riferimento ai criteri e sub-criteri di valutazione indicati nella tabella di cui al successivo punto 18.1, i seguenti elementi: 1. Valdiità del progetto assistenziale, 2. Validità del progetto alberghiero.

L’offerta tecnica deve rispettare le caratteristiche minime stabilite nel Progetto, **pena l’esclusione** dalla procedura di gara, nel rispetto del principio di equivalenza di cui all’art. 68 del Codice.

L’operatore economico indica, ai sensi dell’art. 45, comma 4, del Codice, il nome e le qualifiche professionali delle persone fisiche incaricate di fornire la prestazione relativa allo specifico contratto.

L’offerta tecnica deve essere sottoscritta dal legale rappresentante del concorrente o da un suo procuratore.

Nel caso di concorrenti associati, l’offerta dovrà essere sottoscritta con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di cui al punto 15.1.

17. CONTENUTO DELLA BUSTA “C – OFFERTA ECONOMICA”

La busta “C – Offerta economica” contiene, **a pena di esclusione**, l’offerta economica predisposta preferibilmente secondo il modello [allegato al presente disciplinare di gara e contenente i seguenti elementi:

a) l’indicazione del prezzo giornaliero per singolo utente offerto espresso in cifre e in lettere, inferiore rispetto al prezzo posto a base di gara di euro 58,00 al netto dell’I-VA e degli oneri DUVRI non ribassabili. In caso di discordanza verrà data la prevalenza all’indicazione del prezzo scritta in lettere, salvo il caso di errore materiale manifesto. Verranno prese in considerazione fino a tre cifre decimali;

b) *[ad esclusione delle forniture senza posa in opera e dei servizi di natura intellettuale]* la stima dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all’art. 95, comma 10 del Codice.

Detti costi relativi alla sicurezza connessi con l’attività d’impresa dovranno risultare congrui rispetto all’entità e le caratteristiche delle prestazioni oggetto dell’appalto;

c) la stima dei costi della manodopera, ai sensi dell’art. 95, comma 10 e dell’art. 23 del Codice.

L’offerta economica, **a pena di esclusione**, è sottoscritta con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di cui ai paragrafi 15.1.

Sono inammissibili le offerte economiche che superino l'importo a base d'asta o che non siano formulate nel rispetto dei prezzi di riferimento indicati al punto 3 del presente disciplinare”].

18. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

L'appalto è aggiudicato in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, ai sensi dell'art. 95, comma 2 del Codice.

La valutazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica sarà effettuata in base ai seguenti punteggi *[la stazione appaltante, ai sensi dell'art. 95, comma 10-bis del Codice, valorizza gli elementi qualitativi dell'offerta e individua criteri tali da garantire un confronto concorrenziale effettivo sui profili tecnici. A tal fine la stazione appaltante stabilisce un tetto massimo per il punteggio economico entro il limite del 30 per cento del punteggio complessivo]*.

	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta tecnica	70/100
Offerta economica	30/100
TOTALE	100

18.1 Criteri di valutazione dell'offerta tecnica

Il punteggio dell'offerta tecnica è attribuito sulla base dei criteri di valutazione elencati nella sottostante tabella con la relativa ripartizione dei punteggi.

Nella colonna identificata con la lettera D vengono indicati i “Punteggi discrezionali”, vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito in ragione dell'esercizio della discrezionalità spettante alla commissione giudicatrice.

Nella colonna identificata con la lettera Q vengono indicati i “Punteggi quantitativi”, vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito mediante applicazione di una formula matematica.

Nella colonna identificata dalla lettera T vengono indicati i “Punteggi tabellari”, vale a dire i punteggi fissi e predefiniti che saranno attribuiti o non attribuiti in ragione dell'offerta o mancata offerta di quanto specificamente richiesto.

Tabella dei criteri discrezionali (D), quantitativi (Q) e tabellari (T) di valutazione dell'offerta tecnica

CRITERI E SUB-CRITERI	DESCRIZIONE	PESO
1	Validità del progetto assistenziale	55
1.a	<u>Attività di coordinamento:</u> 1.a.1 – modalità di utilizzo del territorio e delle risorse presenti al fine di favorire la partecipazione degli utenti alle iniziative pubbliche e private – max punti 3 1.a.2 – modalità di gestione della fase di inserimento di nuovi utenti, compresa la attività di affiancamento, informazione e sostegno nei confronti dei familiari e l'accompagnamento per tutta la durata di permanenza presso il CD e relativa dimissione – max punti 3 1.a.3 – modalità e strumenti per la verifica del servizio e per la valutazione del grado di soddisfazione degli utenti (Customer Satisfaction) – max punti 3 <u>Attività socio-assistenziale (OSS):</u> 1.a.4 – n. ore di servizio giornaliero svolto – max punti 2,5 1.a.5 – turnazione / fascia oraria – max punti 2 1.a.6 – piano di esecuzione del servizio e sistema di verifica (piano di lavoro, prestazioni erogate etc) – max punti 4,5 1.a.7 – strumenti operativi utilizzati (PAI, protocolli, procedure etc.) – max punti 4 <u>Attività assistenziale sanitaria (I.P.):</u> 1.a.8 – n. ore di servizio giornaliero svolto – max punti 1,5 1.a.9 – turnazione / fascia oraria – max punti 1,5 1.a.10 – piano di esecuzione del servizio e sistema di verifica (piano di lavoro, prestazioni erogate etc) – max punti 2 1.a.11– strumenti operativi utilizzati (PAI, protocolli, procedure, ecc.) – max punti 2 <u>Attività di animazione, socializzazione e rieducazione:</u> 1.a.12 – n. ore di servizio giornaliero svolto – max punti 2,5 1.a.13 – turnazione / fascia oraria – max punti 2 1.a.14 – piano di esecuzione del servizio e sistema di verifica (piano di lavoro, prestazioni erogate, ecc) – max punti 4,5 1.a.15 – strumenti operativi utilizzati (PAI, protocolli, procedure etc.) – max punti 4	42

segue

CRITERI E SUB-CRITERI	DESCRIZIONE	PESO
1.b	<u>Piano di formazione e aggiornamento del personale:</u> 1.b.1 – contenuti del progetto formativo che prevede almeno 6 ore e fino a 10 ore annue per ciascun operatore – max punti 2 1.b.2 – contenuti del progetto formativo che prevede almeno 10 ore e fino a 20 ore annue per ciascun operatore – max punti 4 1.b.3 – contenuti del progetto formativo che prevede oltre 20 ore annue per ciascun operatore – max punti 7	7
1.c	<u>Migliorie rispetto alle specifiche del capitolato:</u> 1.c.1 – strumentazione idonea al controllo delle presenze e alla rendicontazione di tutta l'attività svolta – max punti 2 <u>Per l'attività socio-assistenziale (OSS):</u> 1.c.2 – n. ore di attività aggiuntive – max punti 1,5 1.c.3 – dotazioni e strumentazioni tecniche e terapeutiche integrative idonee al servizio – max punti 0,5 <u>Per l'attività di animazione, socializzazione e rieducazione:</u> 1.c.4 – n. ore di attività aggiuntive – max punti 1,5 1.c.5 – dotazioni e strumentazioni tecniche e terapeutiche integrative idonee al servizio – max punti 0,5	6
2	Validità del progetto alberghiero	15
2.a	<u>Servizio di pulizia:</u> 2.a.1 – piano di esecuzione, personale utilizzato, sistema di verifica – max punti 1 2.a.2 – strumenti operativi utilizzati (attrezzature, macchinari etc.) e prodotti utilizzati – max punti 0,5 2.a.3 – standard qualitativo superiore rispetto ai CAM o percentuale superiore di applicazione – max punti 0,5 <u>Servizio mensa:</u> 2.a.4 – varietà delle pietanze previste – max punti 2 2.a.5 – possibilità di scelta nel menù giornaliero – max punti 1	11

segue

CRITERI E SUB-CRITERI	DESCRIZIONE	PESO
	<u>Attività di trasporto:</u> 2.a.6 – piano di esecuzione, personale utilizzato, sistema di verifica – max punti 1 2.a.7 – strumenti operativi utilizzati (mezzo, attrezzature, etc.) – max punti 0,5 2.a.8 – sostenibilità ambientale dei mezzi adibiti all'esecuzione dell'appalto. Possesso di: Euro VI, Ibrido, Metano, GPL – punti 0,5 <u>Minuta manutenzione e interventi di manutenzione ordinaria:</u> 2.a.9 – piano di esecuzione, personale utilizzato, sistema di verifica – max punti 1 2.a.10 – strumenti operativi utilizzati (mezzi, attrezzature etc.) – max punti 1 <u>Allestimento terrazza del Centro diurno con piante verdi ed ornamentali e relativa cura:</u> 2.a.11 – quantità di piante fornite e adeguatezze della tipologia in relazione all'utenza ospitata – max punti 1 2.a.12 – cronoprogramma e tipologia di interventi di manutenzione e cura del verde – max punti 1	
2.b	Migliorie rispetto alle specifiche del capitolato: <u>Per il servizio pulizia:</u> 2.b.1 – prestazioni aggiuntive – max punti 0,8 <u>Per il servizio mensa:</u> 2.b.2 – numero e tipologia di menù speciale previsto per particolari ricorrenze – max punti 0,6 2.b.3 – fornitura di bavaglini e posate idonee a soggetti con demenza – max punti 0,6 <u>Per l'attività di trasporto:</u> 2.b.4 – prestazioni aggiuntive – max punti 0,8 <u>Per minuta manutenzione e interventi di manutenzione ordinaria:</u> 2.b.5 – ore aggiuntive – max punti 0,4 <u>Per allestimento terrazza del Centro diurno con piante verdi ed ornamentali e relativa cura:</u> 2.b.6 – prestazioni aggiuntive – max punti 0,4 2.b.7 – strumentazioni e dotazioni aggiuntive idonee al servizio – max punti 0,4	4

Al fine dell'assegnazione del punteggio stabilito per ciascun sub-elemento di valutazione di cui sopra, verranno presi in considerazione i seguenti criteri:

Validità del progetto assistenziale (1):

- Elemento 1.a (1.a.1 – 1.a.15) – si terrà conto della qualità e della adeguatezza della proposta presentata in termini di personale impiegato e attività svolte;
- Elemento 1.b (1.b.1 – 1.b.3) – si terrà conto delle ore di formazione garantite nonché dell'attinenza delle stesse con l'oggetto dell'appalto;
- Elemento 1.c (1.c.1 – 1.c.5) – verranno attribuiti i punteggi in funzione della quantità e qualità di eventuali migliorie proposte per il servizio assistenziale. Qualora non venga offerta alcuna miglioria non verrà attribuito alcun punteggio.

Validità del progetto alberghiero (2):

- Elemento 2.a (2.a.1 – 2.a.12) – si terrà conto della qualità e della adeguatezza della proposta presentata in termini di personale impiegato e attività svolte;
- Elemento 2.b (2.b.1-2.b.7) – verranno attribuiti i punteggi in funzione della quantità e qualità di eventuali migliorie proposte per il servizio alberghiero. Qualora non venga offerta alcuna miglioria, non verrà attribuito alcun punteggio.

18.2 Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell'offerta tecnica

L'offerta tecnica dovrà essere redatta preferibilmente rispettando l'ordine di trattazione dei criteri e sub-criteri come sopra elencati. Si invita a compilare un indice con indicazione dei titoli degli argomenti stessi. Per ogni sub-criterio verrà attribuito il punteggio come segue:

1 – ciascun Commissario attribuisce discrezionalmente al sub-criterio offerto da ciascun partecipante un coefficiente variabile tra 0-1 (zero-uno) dove il coefficiente attribuito è espressione dei seguenti giudizi:

GIUDIZIO	COEFFICIENTE
ECCELLENTE	0,91 – 1
OTTIMO	0,81 – 0,90
BUONO	0,71 – 0,80
DISCRETO	0,61 – 0,70
SUFFICIENTE	0,51 – 0,60
MEDIOCRE	0,41 – 0,50
INSUFFICIENTE	0,31 – 0,40
SCARSO	0,21 – 0,30
INADEGUATO	0,00 – 0,20

2 – Viene calcolata la media dei coefficienti attribuiti dai vari Commissari a ciascuna offerta per il singolo sub-criterio (coefficiente provvisorio), quindi, in caso di pluralità di offerte, qualora nessuna offerta abbia ottenuto il coefficiente 1, tale coefficiente viene attribuito alla migliore offerta e le altre vengono conseguentemente riparametrate (coefficiente definitivo);

3 – Il coefficiente definitivo così ottenuto viene moltiplicato per il punteggio massimo attribuibile al singolo sub-criterio.

L'attribuzione del punteggio complessivo per l'offerta tecnica avverrà sommando i punteggi ottenuti per ogni singolo sub-criterio e criterio come precedentemente indicato.

Ogni condizione dichiarata dalla ditta e a cui sia stato attribuito un punteggio, costituisce obbligazione contrattuale per la ditta stessa nel caso risulti aggiudicataria del servizio in appalto.

18.3 Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell'offerta economica

Quanto all'offerta economica, è attribuito all'elemento economico un coefficiente, variabile da zero ad uno, calcolato tramite la [selezionare una delle formule di seguito indicate]:

Formula con interpolazione lineare

C_i	=	Ra/R_{max}
-------	---	--------------

dove:

- C_i** = coefficiente attribuito al concorrente *i*-esimo;
 Ra = ribasso percentuale dell'offerta del concorrente *i*-esimo;
 R_{max} = ribasso percentuale dell'offerta più conveniente **.

[o in alternativa]

Formula "bilineare"

C_i (per $A_i \leq A_{soglia}$)	=	$X (A_i / A_{soglia})$
C_i (per $A_i > A_{soglia}$)	=	$X + (1,00 - X) [(A_i - A_{soglia}) / (A_{max} - A_{soglia})]$

dove:

- C_i** = coefficiente attribuito al concorrente *i*-esimo
 A_i = ribasso percentuale del concorrente *i*-esimo
 A_{soglia} = media aritmetica dei valori del ribasso offerto dai concorrenti
 X = 0,80 oppure 0,85 oppure 0,90 [indicare nei documenti di gara quale delle tre percentuali va applicata]
 A_{max} = valore del ribasso più conveniente.

** In alternativa alla formula indicata è possibile sceglierne altre come la Formula "bilineare"

C_i (per $A_i \leq A_{soglia}$)	=	$X (A_i / A_{soglia})$
C_i (per $A_i > A_{soglia}$)	=	$X + (1,00 - X) [(A_i - A_{soglia}) / (A_{max} - A_{soglia})]$

dove:

- C_i** = coefficiente attribuito al concorrente *i*-esimo
 A_i = ribasso percentuale del concorrente *i*-esimo
 A_{soglia} = media aritmetica dei valori del ribasso offerto dai concorrenti
 X = 0,80 oppure 0,85 oppure 0,90 [indicare nei documenti di gara quale delle tre percentuali va applicata]
 A_{max} = valore del ribasso più conveniente

o in alternativa altra Formula "....." (Riportare la formula non lineare/indipendente prescelta tra quelle riportate nelle linee guida dell'ANAC n. 2/2016, par. IV o altre).

[o in alternativa]

Formula “.....” [Riportare la formula non lineare/indipendente prescelta tra quelle riportate nelle linee guida dell'ANAC n. 2/2016, par. IV o altre].

18.4 Metodo per il calcolo dei punteggi

La commissione, terminata l'attribuzione dei coefficienti agli elementi qualitativi e quantitativi, procederà, in relazione a ciascuna offerta, all'attribuzione dei punteggi per ogni singolo criterio secondo il metodo aggregativo compensatore (o altro metodo come l'*Electre*, il metodo *AHP*, il *Topsis* o altri, secondo quanto indicato nelle linee guida dell'ANAC n. 2/2016, par. VI).

[In caso di scelta del metodo aggregativo-compensatore di cui alle linee guida dell'ANAC n. 2/2016, par. VI, n. 1] Il punteggio è dato dalla seguente formula:

$$P_i = C_{ai} \times P_a + C_{bi} \times P_b + \dots C_{ni} \times P_n$$

dove

P_i = punteggio concorrente *i*;

C_{ai} = coefficiente criterio di valutazione *a*, del concorrente *i*;

C_{bi} = coefficiente criterio di valutazione *b*, del concorrente *i*;

.....

C_{ni} = coefficiente criterio di valutazione *n*, del concorrente *i*;

P_a = peso criterio di valutazione *a*;

P_b = peso criterio di valutazione *b*;

.....

P_n = peso criterio di valutazione *n*.

19. SVOLGIMENTO OPERAZIONI DI GARA: APERTURA DELLA BUSTA A – VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

La prima seduta pubblica avrà luogo il giorno, alle ore presso ... [indicare l'indirizzo] e vi potranno partecipare i legali rappresentanti/procuratori delle imprese interessate oppure persone munite di specifica delega. In assenza di tali titoli, la partecipazione è ammessa come semplice uditor.

Tale seduta pubblica, se necessario, sarà aggiornata ad altra ora o a giorni successivi, nel luogo, nella data e negli orari che saranno comunicati ai concorrenti a mezzo pubblicazione sul sito informatico almeno due giorni prima della data fissata.

Parimenti le successive sedute pubbliche saranno comunicate ai concorrenti a mezzo PEC almeno due giorni prima della data fissata.

Il RUP procederà, nella prima seduta pubblica, a verificare il tempestivo deposito e l'integrità dei plichi inviati dai concorrenti e, una volta aperti, a controllare la completezza della documentazione amministrativa presentata.

Successivamente il RUP procederà a:

- a) verificare la conformità della documentazione amministrativa a quanto richiesto nel presente disciplinare;
- b) attivare la procedura di soccorso istruttorio di cui al precedente punto 14;

- c) redigere apposito verbale relativo alle attività svolte;
- d) adottare il provvedimento che determina le esclusioni e le ammissioni dalla procedura di gara, provvedendo altresì agli adempimenti di cui all'art. 29, comma 1, del Codice.

La stazione appaltante, al fine di tutelare il principio di segretezza delle offerte, adotta le seguenti modalità di conservazione dei plichi e di trasferimento degli stessi dal RUP alla commissione giudicatrice.

Ai sensi dell'art. 85, comma 5, primo periodo del Codice, la stazione appaltante si riserva di chiedere agli offerenti, in qualsiasi momento nel corso della procedura, di presentare tutti i documenti complementari o parte di essi, qualora questo sia necessario per assicurare il corretto svolgimento della procedura.

Tale verifica avverrà, ai sensi degli artt. 81 e 216, comma 13 del Codice, attraverso l'utilizzo del sistema AVCpass, reso disponibile dall'ANAC, con le modalità di cui alla delibera n. 157/2016.

20. COMMISSIONE GIUDICATRICE

N.B.: le prescrizioni che seguono sono applicabili al periodo transitorio in attesa dell'operatività dell'Albo dei Commissari istituito presso ANAC di cui all'art. 77 del Codice. Pertanto, i commissari continueranno ad essere scelti dalla stazione appaltante, secondo regole di competenza e trasparenza preventivamente individuate dalla stazione appaltante ai sensi dell'art. 216, comma 12 del Codice. Al momento di entrata in vigore dell'Albo tali prescrizioni verranno aggiornate. Le incompatibilità di cui all'art. 77 comma 4 del Codice trovano una deroga dal secondo cpv. del comma 4 che consente la nomina del RUP in seno alla commissione, previa valutazione con riferimento alla singola procedura.

La commissione giudicatrice è nominata, ai sensi dell'art. 216, comma 12 del Codice, dopo la scadenza del termine per la presentazione delle offerte ed è composta da un numero dispari pari a n 3 membri, esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto. In capo ai commissari non devono sussistere cause ostative alla nomina ai sensi dell'art. 77, comma 9, del Codice. A tal fine i medesimi rilasciano apposita dichiarazione alla stazione appaltante.

La commissione giudicatrice è responsabile della valutazione delle offerte tecniche ed economiche dei concorrenti e fornisce ausilio al RUP nella valutazione della congruità delle offerte tecniche (cfr. Linee guida n. 3 del 26 ottobre 2016).

La stazione appaltante pubblica, sul profilo di committente, nella sezione "Amministrazione trasparente" la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei componenti, ai sensi dell'art. 29, comma 1 del Codice.

21. APERTURA DELLE BUSTE B E C – VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE

Una volta effettuato il controllo della documentazione amministrativa, il RUP procederà a consegnare gli atti alla commissione giudicatrice.

La commissione giudicatrice, in seduta pubblica, procederà all'apertura della busta concernente l'offerta tecnica ed alla verifica della presenza dei documenti richiesti dal presente disciplinare.

In una o più sedute riservate la commissione procederà all'esame ed alla valutazione delle offerte tecniche e all'assegnazione dei relativi punteggi applicando i criteri e le formule indicati nel bando e nel presente disciplinare.

La commissione procederà alla riparametrazione dei punteggi secondo quanto indicato al precedente punto 18.4.

Successivamente, in seduta pubblica, la commissione darà lettura dei punteggi attribuiti alle singole offerte tecniche, darà atto delle eventuali esclusioni dalla gara dei concorrenti.

Nella medesima seduta, o in una seduta pubblica successiva, la commissione procederà all'apertura della busta contenente l'offerta economica e quindi alla relativa valutazione, che potrà avvenire anche in successiva seduta riservata, secondo i criteri e le modalità descritte al punto 18.

La stazione appaltante procederà dunque all'individuazione dell'unico parametro numerico finale per la formulazione della graduatoria, ai sensi dell'art. 95, comma 9 del Codice.

Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio complessivo, ma punteggi differenti per il prezzo e per tutti gli altri elementi di valutazione, sarà collocato primo in graduatoria il concorrente che ha ottenuto il miglior punteggio sull'offerta tecnica.

Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio complessivo e gli stessi punteggi parziali per il prezzo e per l'offerta tecnica, si procederà mediante sorteggio in seduta pubblica.

All'esito delle operazioni di cui sopra, la commissione, in seduta pubblica, redige la graduatoria e procede ai sensi di quanto previsto al punto 23.

Qualora individui offerte che superano la soglia di anomalia di cui all'art. 97, comma 3 del Codice, e in ogni altro caso in cui, in base a elementi specifici, l'offerta appaia anormalmente bassa, la commissione chiude la seduta pubblica dando comunicazione al RUP, che procederà secondo quanto indicato al successivo punto 22.

In qualsiasi fase delle operazioni di valutazione delle offerte tecniche ed economiche, la commissione provvede a comunicare, tempestivamente al RUP che procederà, sempre, ai sensi dell'art. 76, comma 5, lett. b) del Codice – i casi di **esclusione** da disporre per:

- mancata separazione dell'offerta economica dall'offerta tecnica, ovvero l'inserimento di elementi concernenti il prezzo in documenti contenuti nelle buste A e B;
- presentazione di offerte parziali, plurime, condizionate, alternative nonché irregolari, ai sensi dell'art. 59, comma 3, lett. a) del Codice, in quanto non rispettano i documenti di gara, ivi comprese le specifiche tecniche;
- presentazione di offerte inammissibili, ai sensi dell'art. 59, comma 4 lett. a) e c) del Codice, in quanto la commissione giudicatrice ha ritenuto sussistenti gli estremi per informativa alla Procura della Repubblica per reati di corruzione o fenomeni collusivi o ha verificato essere in aumento rispetto all'importo a base di gara.

22. VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE

Al ricorrere dei presupposti di cui all'art. 97, comma 3, del Codice, e in ogni altro caso in cui, in base a elementi specifici, l'offerta appaia anormalmente bassa, il RUP,

avvalendosi, se ritenuto necessario, della commissione, valuta la congruità, serietà, sostenibilità e realizzabilità delle offerte che appaiono anormalmente basse.

Si procede a verificare la prima migliore offerta anormalmente bassa. Qualora tale offerta risulti anomala, si procede con le stesse modalità nei confronti delle successive offerte, fino ad individuare la migliore offerta ritenuta non anomala. È facoltà della stazione appaltante procedere contemporaneamente alla verifica di congruità di tutte le offerte anormalmente basse.

Il RUP richiede per iscritto al concorrente la presentazione, per iscritto, delle spiegazioni, se del caso indicando le componenti specifiche dell'offerta ritenute anomale.

A tal fine, assegna un termine non inferiore a quindici giorni dal ricevimento della richiesta.

Il RUP, con il supporto della commissione, esamina in seduta riservata le spiegazioni fornite dall'offerente e, ove le ritenga non sufficienti ad escludere l'anomalia, può chiedere, anche mediante audizione orale, ulteriori chiarimenti, assegnando un termine massimo per il riscontro.

Il RUP esclude, ai sensi degli articoli 59, comma 3 lett. c) e 97, commi 5 e 6 del Codice, le offerte che, in base all'esame degli elementi forniti con le spiegazioni risultino, nel complesso, inaffidabili e procede ai sensi del seguente articolo 23.

23. AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO

All'esito delle operazioni di cui sopra la commissione – o il RUP, qualora vi sia stata verifica di congruità delle offerte anomale – formulerà la proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta, chiudendo le operazioni di gara e trasmettendo al RUP tutti gli atti e documenti della gara ai fini dei successivi adempimenti.

Qualora nessuna offerta risulti conveniente o idonea in relazione all'oggetto del contratto, la stazione appaltante si riserva la facoltà di non procedere all'aggiudicazione ai sensi dell'art. 95, comma 12 del Codice.

La verifica dei requisiti generali e speciali avverrà, ai sensi dell'art. 85, comma 5 del Codice, sull'offerente cui la stazione appaltante ha deciso di aggiudicare l'appalto.

Prima dell'aggiudicazione, la stazione appaltante, ai sensi dell'art. 85 comma 5 del Codice, richiede al concorrente cui ha deciso di aggiudicare l'appalto di presentare i documenti di cui all'art. 86 del Codice, ai fini della prova dell'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 (ad eccezione, con riferimento ai subappaltatori, del comma 4) e del rispetto dei criteri di selezione di cui all'art. 83 del medesimo Codice. Tale verifica avverrà attraverso l'utilizzo del sistema AVCpass.

Ai sensi dell'art. 95, comma 10, la stazione appaltante prima dell'aggiudicazione procede, laddove non effettuata in sede di verifica di congruità dell'offerta, alla valutazione di merito circa il rispetto di quanto previsto dall'art. 97, comma 5, lett. d) del Codice.

La stazione appaltante, previa verifica ed approvazione della proposta di aggiudicazione ai sensi degli artt. 32, comma 5 e 33, comma 1 del Codice, aggiudica l'appalto.

L'aggiudicazione diventa efficace, ai sensi dell'art. 32, comma 7 del Codice, all'esito positivo della verifica del possesso dei requisiti prescritti.

In caso di esito negativo delle verifiche, la stazione appaltante procederà alla revoca dell'aggiudicazione, alla segnalazione all'ANAC nonché all'incameramento della garanzia provvisoria. La stazione appaltante aggiudicherà, quindi, al secondo graduato procedendo altresì, alle verifiche nei termini sopra indicati.

Nell'ipotesi in cui l'appalto non possa essere aggiudicato neppure a favore del concorrente collocato al secondo posto nella graduatoria, l'appalto verrà aggiudicato, nei termini sopra detti, scorrendo la graduatoria.

La stipulazione del contratto è subordinata al positivo esito delle procedure previste dalla normativa vigente in materia di lotta alla mafia, fatto salvo quanto previsto dall'art. 88 comma 4-*bis* e 89 e dall'art. 92 comma 3 del d.lgs. 159/2011.

Ai sensi dell'art. 93, commi 6 e 9 del Codice, la garanzia provvisoria verrà svincolata, all'aggiudicatario, automaticamente al momento della stipula del contratto; agli altri concorrenti, verrà svincolata tempestivamente e comunque entro trenta giorni dalla comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione.

Laddove l'aggiudicatario sia in possesso della sola domanda di iscrizione all'elenco dei fornitori, prestatori di servizi non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa (c.d. *white list*) istituito presso la Prefettura della provincia in cui l'operatore economico ha la propria sede, la stazione appaltante consulta la Banca dati nazionale unica della documentazione antimafia immettendo i dati relativi all'aggiudicatario (ai sensi dell'art. 1, comma 52 della l. n. 190/2012 e dell'art. 92, commi 2 e 3 del d.lgs. n. 159/2011).

Trascorsi i termini previsti dall'art. 92, commi 2 e 3 d.lgs. n. 159/2011 dalla consultazione della Banca dati, la stazione appaltante procede alla stipula del contratto anche in assenza di dell'informativa antimafia, salvo il successivo recesso dal contratto laddove siano successivamente accertati elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 92, comma 4 del d.lgs. n. 159/2011.

Il contratto, ai sensi dell'art. 32, comma 9 del Codice, non potrà essere stipulato prima di 35 giorni dall'invio dell'ultima delle comunicazioni del provvedimento di aggiudicazione.

La stipula avrà luogo entro 60 giorni dall'intervenuta efficacia dell'aggiudicazione ai sensi dell'art. 32, comma 8 del Codice, salvo il differimento espressamente concordato con l'aggiudicatario.

All'atto della stipulazione del contratto, l'aggiudicatario deve presentare la garanzia definitiva da calcolare sull'importo contrattuale, secondo le misure e le modalità previste dall'art. 103 del Codice.

Il contratto sarà stipulato con atto pubblico notarile informatico.

Il contratto è soggetto agli obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla l. 13 agosto 2010, n. 136.

Nei casi di cui all'art. 110 comma 1 del Codice la stazione appaltante interpella progressivamente i soggetti che hanno partecipato alla procedura di gara, risultanti dalla relativa graduatoria, al fine di stipulare un nuovo contratto per l'affidamento dell'esecuzione o del completamento del servizio/fornitura.

Le spese relative alla pubblicazione del bando e dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 216, comma 11 del Codice e del d.m. 2 dicembre 2016 (GU 25/1/2017, n. 20), sono a carico dell'aggiudicatario e dovranno essere rimborsate alla stazione appaltante entro il termine di sessanta giorni dall'aggiudica-

zione. In caso di suddivisione dell'appalto in lotti, le spese relative alla pubblicazione saranno suddivise tra gli aggiudicatari dei lotti in proporzione al relativo valore.

L'importo presunto delle spese di pubblicazione è pari a 600,00. La stazione appaltante comunicherà all'aggiudicatario l'importo effettivo delle suddette spese, nonché le relative modalità di pagamento.

Sono a carico dell'aggiudicatario anche tutte le spese contrattuali, gli oneri fiscali quali imposte e tasse – ivi comprese quelle di registro ove dovute – relative alla stipulazione del contratto.

Ai sensi dell'art. 105, comma 2, del Codice l'affidatario comunica, per ogni sub-contratto che non costituisce subappalto, l'importo e l'oggetto del medesimo, nonché il nome del sub-contraente, prima dell'inizio della prestazione.

L'affidatario deposita, prima o contestualmente alla sottoscrizione del contratto di appalto, i contratti continuativi di cooperazione, servizio e/o fornitura di cui all'art. 105, comma 3, lett. c-bis) del Codice.

24. CLAUSOLA SOCIALE E ALTRE CONDIZIONI PARTICOLARI DI ESECUZIONE

Al fine di promuovere la stabilità occupazionale nel rispetto dei principi dell'Unione Europea, e ferma restando la necessaria armonizzazione con l'organizzazione dell'operatore economico subentrante e con le esigenze tecnico-organizzative e di manodopera previste nel nuovo contratto, l'aggiudicatario del contratto di appalto è tenuto ad assorbire prioritariamente nel proprio organico il personale già operante alle dipendenze dell'aggiudicatario uscente, come previsto dall'articolo 50 del Codice, garantendo l'applicazione dei CCNL di settore, di cui all'art. 51 del d.lgs. 15 giugno 2015, n. 81.

[Facoltativo] A tal fine, l'elenco del personale attualmente impiegato è riportato nel [indicare il relativo paragrafo del Progetto che contiene il numero degli addetti con indicazione dei lavoratori svantaggiati ex l. 381/91, qualifica, livelli anzianità, sede di lavoro, monte ore, ecc.].

[Facoltativo] Considerato che sono cambiate le condizioni di esecuzione dell'appalto rispetto all'appalto stipulato con l'operatore uscente, il personale da riassorbire sarà definito in esito ad una verifica congiunta tra stazione appaltante, appaltatore e sindacati.

[Facoltativo: qualora per l'espletamento del servizio o della fornitura siano richieste particolari condizioni] Per l'esecuzione del servizio/fornitura oggetto del presente appalto è richiesto [specificare la condizione particolare di esecuzione richiesta], la cui accettazione è stata dichiarata dall'aggiudicatario in sede di offerta (punto 15.3.1, n. 7). In caso di mancato rispetto della suddetta condizione particolare di esecuzione la stazione appaltante non procederà alla stipula del contratto.

25. DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE

Per le controversie derivanti dal contratto è competente il Foro di [indicare il foro competente], rimanendo espressamente esclusa la compromissione in arbitri.

[In alternativa, nel caso di clausola compromissoria ex art. 209 del Codice] Le controversie su diritti soggettivi, derivanti dall'esecuzione del contratto, comprese quelle conseguenti al mancato raggiungimento dell'accordo bonario di cui agli artt. 205 e 206, sono deferite alla competenza arbitrale, mediante clausola compromissoria che

è inserita nel contratto, salvo riconsultazione da parte dell'aggiudicatario, da comunicare alla stazione appaltante entro venti giorni dalla conoscenza dell'aggiudicazione. Ai sensi dell'art. 209, comma 3 del Codice, l'autorizzazione all'inserimento della clausola compromissoria è stata rilasciata conn.del *[indicare il provvedimento, con numero e data, adottato dell'organo di governo, di autorizzazione all'inserimento della clausola compromissoria]*.

26. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, esclusivamente nell'ambito della gara regolata dal presente disciplinare di gara.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
Liliana Leone
- **Turismo sociale**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
Marta Roncaglia, Damiano Mantovani,
Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete:
dall'utopia alle pratiche**
Ofelia Altomare, Barbara Ianderca,
Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin,
Annamaria Cociani, Adriana Fasci,
Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione
sociale**
Federico Spazzoli, Matteo Matteini,
Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli,
Maria Serina
- **Piccoli e grandi:
la comunità protegge i suoi bambini**
Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità
delle residenze per anziani non autosufficienti**
Adriano Guala, Bettina Gallia,
Laura Cazzulino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili
(a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti
in Italia - Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone
(a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Assistenza in psicogeriatría**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture
socio-sanitarie**
Monica Zanolla

- **Integrazione socio-sanitaria**
Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
Laura Brizzi, Claudia Cannoni
- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
Alberto Alberani e Luciano Marangoni (a cura di)
- **Il capitale umano del terzo settore**
Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
Marisa Parmigiani (a cura di)
- **Democrazia e nursing**
Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi (a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
Susanna Testa (a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco (a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica Esperienze a confronto**
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
Francesco Ciro Rampulla, Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
Daniela Gatti e Paolo Rossi (a cura di)
- **La formazione sul campo**
Antonio Pignatto, Costantina Regazzo, Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
Francesca Mazzucchelli (a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Nursing narrativo**
Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
Giovanni Garena, Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 2° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi (a cura di)
- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati (a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
Claudia Caula e Alberto Apostoli (a cura di)

- **Come cambia il welfare lombardo**
Cristiano Gori (a cura di)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte,
Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito (a cura di)
- **Le disabilità complesse**
Alain Goussot (a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva (a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin (a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia (a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat, Luca Bidogia,
Francesca Bordin, Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli (a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggian
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni (a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Incontri di Mondi Saperi, luoghi e identità**
Giovanni Amodio e Milli Ruggiero (a cura di)
- **1° Rapporto provinciale delle politiche sociali territoriali comasche**
- **Costellazione RSA**
Carmen Primerano e Valter Tarchini (a cura di)
- **Agorà**
Daniela Catullo, Barbara Mazzardis
- **L'aggressività nei servizi sociali**
Renata Fenoglio, Laura Nardi, Adriana Sumini,
Aurelia Tassinari
- **L'educatore professionale**
ANEP
- **Vita da OSS**
Gianluigi Rossetti, Patrizia Beltrami
- **Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie**
Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati (a cura di)
- **Manuale dell'Operatore Socio-Sanitario**
Luca Cecchetto e Gianluigi Romeo
- **Oltre la crisi**
Giovanni Devastato
- **La programmazione sociale**
Angelo Mari (a cura di)
- **Fatica e bellezza del prendersi cura**
Beatrice Longoni, Enrica Picchioni,
Antonio Musto (a cura di)
- **Animazione e demenze**
Walther Orsi, Clelia D'Anastasio,
Rosa Angela Ciarrocchi (a cura di)

- **Take Care**
Giuseppe Imbalzano, Maria Grazia Silvestri
- **Alzheimer: idee per la qualità della vita**
Letizia Espanoli
- **Nuove sfide per la salute mentale**
Giuseppe Biffi, Giorgio De Isabella
- **Diritto Sanitario**
Giampiero Cilione
- **Scherzo, litigio, bullismo, reato?**
Susanna Testa
- **Il progetto girasole**
AA.VV.
- **Tra cambiamenti e continuità**
Daniela Gatti, Graziano Maino, Anna Omodei (a cura di)
- **Le parole dell'immigrazione**
Daniela Pompei
- **Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche**
Emidia Vagnoni, Laura Maran
- **Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA**
Sara Angelini
- **Autismo e competenze dei genitori**
Alain Goussot (a cura di)
- **Servizio sociale e crisi del welfare**
Carmelo Bruni, Giovanni Devastato
Enzo Nocifora, Lluís Francesc Peris Cancio
Enrico Pugliese, Giuseppe Ricotta
Giovanna Sammarco, Elena Spinelli
- **Primary Nursing**
Giorgio Magon, Tiziana Suardi (a cura di)
- **RSA Residenze Sanitarie Assistenziali**
Franco Pesaresi
- **Liberare la qualità**
Simone Peruzzi
- **Le demenze: mente, persona, società**
Antonio Monteleone, Antonio Filiberti
Patrizia Zeppugno (a cura di)
- **Voci dalla strada**
Francesca Zuccari, Laura Paolantoni
- **La leadership nella RSA**
Oscar Zanutto
- **Anziani. Salute e ambiente urbano**
Rita Cutini
- **Immigrazione**
Daniela Pompei
- **La metodologia pedagogia dei genitori**
Augusta Moletto, Riziero Zucchi
- **Le procedure disciplinari delle professioni sanitarie**
Mauro Di Fresco
- **Sala operatoria e terapia intensiva**
Francesca Ciraolo, Francesca Giofrè (a cura di)
- **Pediatri e bambini**
Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti (a cura di)
- **Fondamenti di infermieristica in salute mentale**
Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli
- **OSS operatore socio-sanitario manuale e quiz per il concorso**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Nuove dimensioni del servizio sociale**
Franca Dente (a cura di)
- **I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere**
Paola Ripa, Piera Bergomi, Enrico Frisone,
Duilio Loi
- **Principi di risk management nei servizi sanitari e socio-sanitari**
Luca Degani, Oliviero Rinaldi,
Massimo Monturano, Andrea Lopez,
Marco Ubezio
- **La rendicontazione sociale nelle RSA**
Maura Marangon
- **Dove l'acqua si ferma: la cura e il benessere degli anziani fragili con il metodo gentlecare**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**
N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di)

- **Ginnastica mentale**
Cristina Gueli
- **Manuale dell'animatore sociale**
Irene Bruno, Rabih Chattat, Stefano Canova (a cura di)
- **Il lavoro con gli anziani in casa di riposo**
Luca Fazzi
- **Organizzazione e gestione delle strutture per il benessere fisico**
Carlo Bottari, Pasqualino Maietta Latessa, Giovanni Paruto
- **Malati per forza**
Ferdinando Schiavo
- **I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura**
Rosapia Lauro Grotto, Massimo Papini, Debora Tringali
- **Nordic Walking e salute**
Luca Cecchetto
- **La fragilità degli anziani**
Cristina Malvi, Gabriele Cavazza (a cura di)
- **Contenzione o protezione?**
Sara Saltarelli, Silvia Vicchi (a cura di)
- **Peer Counseling della disabilità**
Maurizio Fratea
- **Gestire l'impresa sociale**
Federico Spazzoli, Marta Costantini, Monica Fedeli
- **Quasi schiavi**
Enzo Nocifora (a cura di)
- **Il mobbing infermieristico**
Mauro Di Fresco
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Schiavitù latenti**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **Dal valore della produzione alla produzione di valore**
Elena Meroni (a cura di)
- **La pratica del welfare locale**
Monia Giovannetti, Cristiano Gori, Luca Pacini (a cura di)
- **De-mente? No! Sente-mente**
Letizia Spanoli
- **Nuova domiciliarità**
Massimiliano Di Toro Mammarella (a cura di)
- **Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale**
Enrico Brizioli, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Il consenso informato e le misure di contenzione in RSA**
Luca Degani, Marco Ubezio, Andrea Lopez
- **Progettare sociale**
Alessandro Sicora, Andrea Pignatti
- **Il nuovo ISEE e i servizi sociali**
Franco Pesaresi (a cura di)
- **Guida alla gestione di IPAB/ASP, Fondazioni, RSA**
Adelaide Biondaro, Ladi De Cet, Virgilio Castellani, Egidio Di Rienzo (a cura di)
- **Non autosufficienza e qualità della vita**
Antonio Monteleone
- **Outcome infermieristici: documentare e fare ricerca**
Giorgio Magon, Alessandra Milani (a cura di)
- **Bullismo e cyberbullying**
Maurizio Bartolucci (a cura di)
- **La comunità-officina**
Maria Sellitti
- **Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia**
Sergio Pasquinelli (a cura di)
- **L'attrazione speciale**
Giovanni Merlo
- **Servizio sociale e complessità**
Giovanni Viel
- **L'educatore professionwale**
ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali)
- **Social link**
Ricerche e azioni sui ricongiungimenti familiari dei minori
Luca Salmieri, Lluís Francisc Peris Cancio (a cura di)

- **Corso di lingua italiana (L2) per operatori socio-sanitari**
Antonio Bria, Renzo Colucci
Associazione Seneca - Bologna
- **Business intelligence nelle RSA**
Paolo Galfione, Oscar Zanutto
- **Manuale critico di sanità pubblica**
Francesco Calamo-Specchia (a cura di)
- **Persone non autosufficienti: responsabilità degli operatori e delle strutture**
Antonio Caputo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 5° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Gli operatori sanitari e la demenza: case management e programmi di intervento**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **RSA: metodi e buone prassi per raggiungere l'eccellenza**
Franco Iurlaro
- **L'assistente sociale**
Milena Cortigiani, Paolo Marchetti
(a cura di)
- **Complessità assistenziale: un metodo per orientarsi**
Giuseppe Marmo, Monica Molinar Min
Aldo Montanaro, Paola Rossetto
(a cura di)
- **Quanto costa l'RSA?**
Franco Pesaresi
- **Vittime fragili e servizio sociale**
Cristina Galavotti
- **E.P. educatore professionale**
Francesco Crisafulli (a cura di)
- **Il primo P.A.S.S.O.**
Cinzia Dalla Gassa, Carlo Pettinelli
- **Lavoro sociale e azioni di comunità**
Giovanni Devastato
- **A cena in rsa: nutrizione, gusto, cultura**
Irene Bruno, Alessandro Meluzzi,
Vincenzo Pedone (a cura di)
- **Il servizio sociale nel terzo settore**
Luca Fazzi
- **Il servizio sociale in comune**
Teresa Bertotti (a cura di)
- **Concorso per operatore socio-sanitario e socio-assistenziale**
Giuseppe Midiri
- **La qualità nelle RSA**
Giuseppe Midiri
- **Lavorare con la ricerca azione**
Francesca Falcone
- **Nidi e scuole dell'infanzia**
Diletta Basso, Emanuela Fellin
Maurizio Gianordoli, Fabio Vidotto
(a cura di)
- **La storia della mia vita**
Marco Fumagalli, Laura Lionetti
- **L'anziano attivo**
Anna Maria Melloni, Marco Trabucchi
(a cura di)
- **Le demenze. La cura e le cure**
Antonio Guaita, Marco Trabucchi (a cura di)
- **Progettare in partnership**
Marco Cau, Graziano Maino (a cura di)
- **Professione infermiere: alle soglie del XXI secolo**
Caterina Galletti, Loredana Gamberoni
Giuseppe Marmo, Emma Martellotti
- **Apprendere per cambiare**
Jean Neumann
- **Gratta e perdi**
Mauro Croce, Fabrizio Arrigoni
- **Primo rapporto sulle Misericordie in Italia**
Luca Fazzi, Gianfranco Marocchi
- **Il lavoro sociale con le persone immigrate**
Eduardo Barberis, Paolo Boccagni
- **Manuale dell'operatore socio-sanitario**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Il socio sanitario è donna**
Matteo Tassarollo (a cura di)
- **Il corpo nella demenza**
Elena Sodano
- **Il servizio sociale incontra l'analisi transazionale**
Ariela Casartelli, Patrizia Cola, Francesca Merlini

- **Generare l'umano in RSA e dintorni**

Antonio Monteleone (a cura di)

- **Liberi dalla contenzione**

Azienda USL di Bologna (a cura di)

- **Alzheimer.**

Niente panico ma intervenire subito!

Floriana De Vanna - Maria Pia Cozzari -
Stefania Giammarino

- **Riforma del Terzo settore**

AA. VV.

- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**

NNA (a cura di)

- **REI - Contrasto alla povertà e reddito minimo**

Maurizio Motta

- **La qualità della comunicazione. Alla scoperta dell'anziano in difficoltà**

Carlo Cristini - Fabrizio Arrigoni -
Marco Fumagalli

- **Incontri in RSA**

Mariangela Bonzani

- **La segregazione delle persone con disabilità**

Giovanni Merlo - Ciro Tarantino (a cura di)

- **Un universo da (ri)conoscere**

Rita Cutini - Paola Cottatellucci (a cura di)

- **Incontri di mondi. Madri lingue Lingue madri**

Giovanni Amodio - Milli Ruggiero (a cura di)

- **La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale**

Francesco Crisafulli (a cura di)

- **RSA - Strategie e tattiche per il governo**

Marco Trabucchi

- **Il welfare delle riforme?**

Cristiano Gori (a cura di)

- **Lotta alla povertà: i servizi al centro**

Daniela Mesini (a cura di)

- **La valutazione del paziente con ulcere croniche**

Claudia Caula, Alberto Apostoli,
Angela Libardi, Emilia Lo Palo

- **Tutela senza confini per i minori non accompagnati**

Lluís F. Peris Cancio

- **L'integrazione socio-sanitaria in pratica**

Renata Brolis, Paola Maccani, Annamaria Perino

- **Storie, parole, esperienze per condividere la cura delle persone fragili**

Cristina Malvi (a cura di)

