



**PROTOCOLLO DI INTESA TRA ROMA CAPITALE - DIPARTIMENTO POLITICHE SOCIALI e SALUTE e AZIENDE SANITARIE LOCALI ROMA 1,2,3, PER L'EROGAZIONE INTEGRATA DEGLI INTERVENTI ALL'INTERNO DEI CENTRI DIURNI ALZHEIMER PRESENTI SUL TERRITORIO DI ROMA CAPITALE E SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA DIMISSIONE.**

Con il presente protocollo di intesa, da valersi per ogni conseguente effetto di legge,

**Roma Capitale – Dipartimento Politiche Sociali**, con sede in Roma Viale Manzoni, 16– C.F. 02438750586, rappresentato dal Direttore del Dipartimento, Dott.ssa Michela Micheli, nata a Ceccano (FR) il 17/01/1970 e dal Direttore della Direzione Servizi alla Persona, Dott.ssa Angelina Di Prinzi, nata a Guardiagrele (CH) il 26/11/1961, entrambe domiciliate per le loro cariche presso la suddetta sede, che intervengono e stipulano in virtù degli incarichi attribuiti loro, rispettivamente, dalle Ordinanze del Sindaco n. 245 del 23 dicembre 2021 e n. 21 del 7 febbraio 2022,

e

**l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1**, con sede in Roma Borgo Santo Spirito, 3 – C.F. 13664791004-rappresentata dal Direttore Generale f.f., Dr.ssa Roberta Volpini, nata a San Miniato (PI) il 20/09/1967, domiciliata per la carica presso la suddetta sede, che interviene e stipula quale rappresentante legale della suddetta ASL,

e

**l'Azienda Sanitaria Locale Roma 2**, con sede in Roma Via M. Brighenti, 23 – Edificio B – 00159 Roma C.F. 13665151000, rappresentata dal Direttore Generale Dr. Giorgio Casati, nato a Broni (PV) il 20/04/1961, domiciliato per la carica presso la suddetta sede, che interviene e stipula quale rappresentante legale della suddetta ASL,

e

**l'Azienda Sanitaria Locale Roma 3**, con sede in Roma Via Casale Bernocchi n.73 - 00125 Roma C.F. 04733491007, rappresentata dal Direttore Generale Dr.ssa Francesca Milito, nata a Cosenza il 08/10/1969, domiciliata per la carica presso la suddetta sede, che interviene e stipula quale rappresentante legale della suddetta ASL,

**PREMESSO CHE**

Roma Capitale – Dipartimento Politiche Sociali e Salute, Direzione Servizi alla Persona e le Aziende Sanitarie Locali Roma 1, Roma 2, Roma 3, con il presente protocollo, intendono:

rafforzare la presenza nel territorio dei Centri Diurni rivolti a persone con Alzheimer facenti parte sia del Polo Cittadino Alzheimer che dei Centri gestiti direttamente dai Municipi di Roma Capitale, promuovendone l'ampia pubblicizzazione all'interno dei Punti Unici di Accesso (PUA) e in tutti i Municipi del territorio capitolino, potenziandone il funzionamento, uniformando metodologie e strumenti, personale, documentazione, attività, tempi, sviluppando un progetto più innovativo che risponda in modo organico alla molteplicità dei bisogni delle persone con Alzheimer e altre demenze che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale;

l'Accordo di Programma sottoscritto a gennaio 2021 – Protocollo N. QE/1377 del 11 gennaio 2021 - per la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sociali e sanitari integrati di Roma Capitale – ASL Roma 1, Roma 2, Roma 3, in ottemperanza alla legge n. 328 del 2000, della DGR 149 del 02/03/2018 (Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria) e alla Legge Regionale n.11 del 2016, stabilisce che, al fine di garantire la gestione integrata dei servizi sociali a rilevanza sanitaria erogati da Roma Capitale e dei servizi sanitari a rilevanza sociale erogati dalle Aziende Sanitarie Locali, i due enti stipulino Accordi;

l'Accordo di Programma ha l'obiettivo di soddisfare i bisogni di salute delle persone mediante percorsi assistenziali integrati, che richiedono congiuntamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, al fine di garantire - anche nel lungo periodo - la continuità delle cure e i livelli essenziali delle prestazioni;

fra gli ambiti di intervento sui quali viene raccomandato di intervenire con priorità c'è l'area delle fragilità (servizi per la domiciliarità, residenzialità e semi-residenzialità, disabilità e fragilità sanitaria);

l'Accordo sopra citato prevede la riorganizzazione degli interventi socio-sanitari e assistenziali nei confronti della persona con demenza. Al momento attuale, tale riorganizzazione deve tener conto del cambiamento dei bisogni di salute dei pazienti, del peggioramento clinico avvenuto anche in seguito al periodo di pandemia, della difficoltà nella realizzazione di obiettivi di continuità delle cure, in un sistema frammentato e indebolito;

i precedenti Accordi sottoscritti tra Roma Capitale e le AASSLL, relativamente ai Centri Diurni Alzheimer di cui al progetto "Polo Cittadino Alzheimer", risultano oramai scaduti e occorre rinnovarli (anche in considerazione delle necessità dei beneficiari, fortemente penalizzati dalla pandemia da SARS CoV-2);

il presente protocollo anticipa e rimanda ai lavori di un apposito Tavolo tecnico che la Cabina di Regia permanente per l'integrazione sociosanitaria si impegna ad avviare per una più ampia e organica ridefinizione della collaborazione interistituzionale all'interno di tutte le strutture diurne o semiresidenziali chiamate ad effettuare percorsi sociosanitari integrati, al fine di garantire maggiore sinergia e uniformità sull'intero territorio cittadino e, al riguardo, superare la distinzione tra Centri Alzheimer di cui al Polo Cittadino Alzheimer e Centri Alzheimer di pertinenza Municipale;

gli interventi e le linee di attività, oggetto del presente protocollo, definiscono un percorso di strategie e modalità operative integrate, più rispondenti e appropriate al bisogno assistenziale delle persone affette da Alzheimer e finalizzate a sostenerne la permanenza nel proprio domicilio, ritardandone, il più possibile, il ricovero in struttura residenziale.

### **RICHIAMATI IN PARTICOLARE**

**la Legge 5 febbraio 1992, n.104** "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e ss.mm.ii.;

**la Legge 8 novembre 2000, n° 328** "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che riconosce ad enti locali, regioni e Stato la competenza in merito alla programmazione e all'organizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali;  
la citata legge prevede, inoltre, che i soggetti istituzionali indicati debbano provvedere, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali mediante la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali;

**il DPCM 14 febbraio 2001** che prende in considerazione le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione";

**la Legge Regionale 12 dicembre 2003, n.41** "Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali";

**la Legge Regionale 24 maggio 2006, n.12** "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari";

**la Legge Regionale 7 dicembre 2006, n.41** "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";

**il Piano Nazionale Demenze del 30 ottobre 2014**, recepito dalla Regione Lazio con il DCA 448 del 15.1.2015;

**la DGR del Lazio n.1304/2004** "Requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano i servizi di mensa sociale e accoglienza notturna, i servizi per la vacanza, i servizi di emergenza e di pronto intervento assistenziale e dei centri diurni";

**la DGR del Lazio n.1305/2004** "Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali e organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'articolo 11 della Legge regionale 41/2003.

**la DGC n. 8 del 10 gennaio 2007** "Progetto Sperimentale per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali per le Persone Anziane e per l'Istituzione del Registro Cittadino delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali accreditate".

**il decreto legge 3 marzo 2009, n.18** di ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006;

**la DGR del Lazio n. 504/2012** che ha definito e approvato il programma regionale di intervento in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari, nonché individuato la dimensione territoriale di sovrambito come ottimale per la programmazione e gestione delle azioni di sistema, consentendo di garantire risposte mirate, strutturate, integrate e di valido supporto alle famiglie nella gestione del carico assistenziale, in modo diffuso e uniforme a livello regionale;

**la DGR del Lazio n. 239/2013** “Programma di utilizzazione delle risorse statali di cui al DM 20 marzo 2013 – Fondo per le non autosufficienze, annualità 2013. Modalità di attuazione degli interventi;

**la DGR del Lazio n. 136/2014** con la quale la programmazione territoriale degli interventi e dei servizi, in favore dei malati di Alzheimer e dei loro familiari, è divenuta oggetto della specifica misura 3.3 del Piano Sociale di Zona, con conferma del modello di governance sovradistrettuale;

**la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11** “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio” e ss.mm.ii e, in particolare, l'articolo 46 comma 1, dispone che la Regione si doti di un piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, denominato “Piano sociale regionale” integrato con la programmazione in ambito sanitario e in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva e abitativa;

**il DPCM 12 gennaio 2017** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” che, al capo IV, articoli da 21 a 35, regola l'integrazione sociosanitaria e, in particolare, l'articolo 34 “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità”;

**la DGR del Lazio n. 660/2017** che, in attuazione dell'articolo 43, comma 1 della legge regionale 11/2016, ha provveduto all'individuazione degli ambiti territoriali di gestione prevedendo, tra l'altro, con riferimento agli interventi in favore delle persone affette da Alzheimer, la possibilità di mantenere una dimensione territoriale di sovrambito, anche se meno ampia rispetto a quella indicata dalla DGR del Lazio n.504 del 2012, con relativa specifica degli stessi;

**la Deliberazione di Giunta Capitolina n.6 del 17 gennaio 2020** “Istituzione dei registri Cittadini delle strutture Residenziali e Semiresidenziali di Roma Capitale per persone con disabilità, persone anziane e persone di minore età, in conformità alla DGR del Lazio n. 124 del 24/03/2015, come modificata dalla DGR Lazio n.130 del 27 febbraio 2018;

**la DGR del Lazio n. 149/2018** “Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria” in attuazione della Legge Regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII, art.51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2, che stabilisce, tra l'altro, l'istituzione di un Ufficio Sociosanitario Integrato;

**la Deliberazione del Consiglio Regionale del Lazio n. 1 del 24 gennaio 2019** di approvazione del Piano sociale regionale “Prendersi cura, un bene comune”, con l'obiettivo di razionalizzare, consolidare e migliorare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari in tutta la regione;

**il decreto legge 19 maggio 2020, n.34** convertito con modificazioni dalla Legge 19 luglio 2020, n.77 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID -19”;

**la Deliberazione di Assemblea Capitolina n. 129 del 17 novembre 2020**, di approvazione del “Piano Sociale Cittadino 2019 - 2021 di Roma Capitale”, documento quadro di riferimento per la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali di Roma;

**la DGR del Lazio n. 891/2020** “Programmazione Territoriale per la non autosufficienza, interventi in favore dei malati di Alzheimer e dei loro familiari. Assegnazione delle risorse agli ambiti territoriali;

**la DGR del Lazio n.341/2021** di approvazione delle “Linee guida regionali per il riconoscimento del caregiver familiare, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno”;

**il Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023;**

**il PNRR del 13/07/2021 – Misura 5 C2 e Misura 6 C1;**

**il PNNA 2022-2024;**

**il Decreto del Ministero della Sanità n. 77 del 23 maggio 2022** “Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

**Tutto ciò premesso, le Parti come sopra costituite**

**CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE**

### **Articolo 1 Premesse**

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo di Intesa.

### **Articolo 2 Oggetto e finalità**

Il presente Protocollo di Intesa ha per oggetto la disciplina dei rapporti tra Roma Capitale - Dipartimento Politiche Sociali e Salute e le AASSLL per la realizzazione degli interventi integrati erogati sia all’interno dei Centri Diurni afferenti al “POLO CITTADINO ALZHEIMER” sia nei Centri Diurni per persone con Alzheimer e demenze correlate di pertinenza Municipale.

Roma Capitale – Dipartimento Politiche Sociali e Salute - Direzione Servizi alla Persona, in collaborazione con i Servizi Sociali Municipali del territorio capitolino e le Aziende Sanitarie Locali Roma 1, Roma 2, Roma 3, si impegnano a realizzare l’integrazione socio-sanitaria dei servizi in favore della popolazione affetta da Alzheimer, attraverso l’erogazione integrata di interventi e prestazioni all’interno dei Centri semi-residenziali.

I Centri Diurni Alzheimer (CDA) del Comune di Roma sono strutture semi-residenziali, socio-assistenziali, che si pongono a livello intermedio tra l’assistenza domiciliare e le strutture residenziali. Rappresentano un servizio di prevenzione secondaria e si configurano come luogo di accoglienza, tutela e assistenza per le persone affette da Alzheimer. Al loro interno è prevista la presenza di figure professionali socio-assistenziali e sanitarie che garantiscono una presa in carico “globale”, non solo del diretto beneficiario ma anche della sua famiglia, in considerazione dello sviluppo della malattia e dell’evoluzione dei bisogni ad essa correlati.

Le figure professionali coinvolte lavorano con ciascun utente, secondo il progetto personalizzato di ciascuno, per il raggiungimento del più alto livello possibile di autonomia fisica, psichica e sociale, al fine di permettere contemporaneamente la permanenza presso il domicilio e il mantenimento delle relazioni primarie, ritardando il più possibile il ricovero nelle strutture residenziali.

I servizi oggetto del presente protocollo sono finalizzati a:

- favorire il recupero e/o il mantenimento delle residue capacità psicofisiche della persona affetta da Alzheimer;
- contenere e controllare i deficit cognitivi e le implicazioni comportamentali tipiche della malattia;
- salvaguardare il singolo ed il nucleo familiare al fine di evitare e/o ritardare fenomeni di istituzionalizzazione;
- offrire un valido e concreto sostegno alle famiglie ed in particolar modo al caregiver;
- evitare i ricoveri ospedalieri impropri.

L’intervento si configura come un intervento definito in funzione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e dell’evoluzione della malattia.

### **Articolo 3 Ambito di Intervento**

Oggetto del presente Protocollo sono i Centri Diurni semiresidenziali per persone con Alzheimer afferenti al Polo Cittadino Alzheimer – di pertinenza Dipartimentale - e i Centri Diurni semiresidenziali per persone con Alzheimer di pertinenza Municipale.

L'ufficio Promozione, Programmazione, Coordinamento Tecnico Centri Alzheimer, attraverso il presente protocollo, intende uniformare gli standard dell'offerta e i criteri di accesso a tutti i centri diurni Alzheimer di Roma Capitale, indipendentemente dalla pertinenza Municipale o Dipartimentale. L'obiettivo è quello di garantire uniformità di servizi e assistenza, uniformità nelle metodologie, strumenti, personale, documentazione e modulistica, attività e tempi, secondo criteri di efficacia, efficienza e trasparenza.

Il presente documento, pertanto, non interferisce con le funzioni attualmente attribuite alle diverse Strutture Capitoline circa la responsabilità, ciascuna per i propri CDA di pertinenza, in merito alla gestione delle attività, (ammissioni, valutazioni, percorso e dimissioni dell'utenza), monitoraggio dei Centri e a tutti gli ulteriori adempimenti -anche amministrativi- ad essi correlati.

#### **Articolo 4 Impegni delle Parti**

Le AASSLL Roma 1, Roma 2, Roma 3 e ROMA CAPITALE, si impegnano a garantire, ciascuna per l'ambito di propria competenza e nei limiti delle risorse disponibili, interventi integrati all'interno dei Centri Diurni di pertinenza Dipartimentale (Polo Cittadino Alzheimer) e municipale, monitorandone l'andamento e l'efficacia.

Le attività previste dal presente Protocollo di Intesa, saranno realizzate nel rispetto della normativa vigente in tema di integrazione sociosanitaria, trattandosi di attività sociali a valenza sanitaria e attività sanitarie a valenza sociale, in favore delle persone affette da Alzheimer in carico ai Municipi del territorio cittadino.

L'Ufficio Dipartimentale provvederà a garantire azioni di promozione del benessere in favore delle persone affette da Alzheimer, funzioni di progettazione e coordinamento tecnico delle attività integrate con le AASSLL, Municipi e Organismi Gestori.

#### **Articolo 5 Beneficiari**

Il bacino di utenza previsto è quello dei cittadini residenti nei Municipi capitolini, i quali presentano istanza di ammissione ai servizi sociali del municipio di residenza.

I criteri utilizzati per quanto riguarda la frequenza nei Centri di cittadini residenti in altri Municipi, rispetto alle richieste dei familiari, sono:

- la vicinanza del Centro Diurno al luogo di lavoro del familiare;
- momentaneo domicilio presso un parente (esclusivamente per i residenti a Roma);
- prossimità territoriale.

I suddetti criteri non sono vincolanti in quanto i cittadini, in presenza di disponibilità di posti, sono liberi di scegliere il Centro Diurno Alzheimer maggiormente corrispondente alle proprie necessità. Il tal caso, il trasporto non è garantito ma concordato con l'Ente gestore.

I Centri Diurni sono distinti in due tipologie, in base al livello di intensità assistenziale rilevato:

**Centro Diurno per utenti con livello di intensità assistenziale "Alto" (con rapporto operatore/paziente 1:3)** che accoglie persone affette da malattia di Alzheimer o altre Demenze con disturbi cognitivi tali da limitare gravemente l'autonomia e l'autosufficienza negli Atti della Vita Quotidiana (indicativamente con **MMSE inferiore a 10 e ADL inferiore a 3**).

**Centro Diurno per utenti con livello di intensità assistenziale "Medio" (con rapporto operatore/paziente 1:4)** che accoglie persone affette da malattia di Alzheimer o altre Demenze con disturbi cognitivi tali da limitare parzialmente l'autonomia e l'autosufficienza negli Atti della Vita Quotidiana (indicativamente con **MMSE uguale o superiore a 10 e ADL uguale o superiore a 3**).

#### **Articolo 6 Attività dei Centri Diurni**

Le attività erogate dal personale integrato all'interno dei Centri Diurni hanno lo scopo di fornire ogni giorno agli ospiti, una diversificata tipologia di occupazioni, finalizzate a canalizzare l'attenzione, stimolare la concentrazione, mantenere e sostenere le capacità residue tramite attività ludiche.

Nel dettaglio, i Centri offrono:

- 1) accoglienza e segretariato sociale;
- 2) servizio di assistenza alla persona: igiene personale, assistenza per l'alimentazione e riposo;
- 3) attività di socializzazione;
- 4) attività di animazione e stimolazione cognitiva: giardinaggio, disegno, pittura, attività manuali, canto, ballo e recitazione;
- 5) attività motoria e di psicomotricità;
- 6) attività occupazionali di laboratorio grafico – pittorico;
- 7) attività occupazionali di piccoli manufatti;
- 8) uscite esterne (su iniziativa dell'ente gestore previa condivisione con la stazione appaltante);
- 9) su richiesta, servizio di trasporto da casa al Centro Diurno e/o dal Centro Diurno a casa.

Per quanto disposto dalla DGC n. 8 del 10 gennaio 2007, le strutture a ciclo semi-residenziale offrono anche i seguenti servizi, in integrazione con le rispettive ASL:

- assistenza alla persona: (somministrazione delle terapie farmacologiche);
- collegamento funzionale con il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD<sup>1</sup>) della ASL, tramite lo Specialista Neurologo/Geriatra del Centro Territoriale stesso, in particolare per quanto riguarda i periodici controlli sull'andamento della malattia e delle terapie farmacologiche specifiche, in raccordo con i rispettivi MMG;
- interventi terapeutico-riabilitativi in ambito cognitivo, comportamentale e funzionale dell'individuo; sostegno alle famiglie attraverso corsi di formazione ed informazione sul trattamento del paziente con Demenza;
- consulenza e orientamento per la fruizione dei servizi sociali e sanitari da parte degli utenti e delle loro famiglie.

Ulteriori servizi possono essere attivati dall'Ente gestore, secondo le necessità ravvisate nel corso del servizio, previa comunicazione e accordo con l'Amministrazione e senza costi aggiuntivi per quest'ultima. In fase di ammissione al Centro, ad ogni utente accolto sono consegnati il **Regolamento** e la **Carta dei Servizi** dell'Organismo gestore con la descrizione delle modalità e delle caratteristiche di fruizione del Centro specifico.

## **Articolo 7 Trasporto**

Su richiesta dell'interessato o dei suoi familiari, l'organismo affidatario è chiamato ad assicurare il servizio di trasporto da casa al Centro Diurno e viceversa.

I mezzi adibiti al trasporto devono essere conformi a quanto stabilito dalla normativa vigente, in materia di trasporto di persone con disabilità, per disabili ed essere in regola con gli adempimenti assicurativi per RCA e dovranno essere debitamente attrezzati ed abilitati ai sensi di legge al trasporto di soggetti assistiti parzialmente autosufficienti, nonché idonei alla circolazione anche in situazioni di restrizioni del traffico automobilistico.

I mezzi di trasporto dovranno inoltre essere in numero di almeno due per Centro Diurno, con la presenza di personale a bordo per l'assistenza, al fine di garantire la sicurezza ed il rispetto degli orari dell'inizio e fine attività. I mezzi di trasporto dovranno essere messi a disposizione anche per le attività esterne.

## **Articolo 8 Personale integrato coinvolto**

Nell'ambito del rapporto di collaborazione e di integrazione degli interventi, tenuto conto della valenza socio-assistenziale o socio-sanitaria dei Centri Diurni per persone affette da Alzheimer, le AASSLL Roma 1, Roma 2, Roma 3 e ROMA CAPITALE - Dipartimento Politiche Sociali e Salute, Direzione Servizi alla Persona, stabiliscono di avvalersi di operatori professionali secondo il dettame normativo vigente e di seguito proposto:

---

<sup>1</sup> Ai Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) cui si accede su invio dei MMG o di ambulatori specialistici dedicati, spetta: l'accertamento della diagnosi; l'impostazione dei trattamenti farmacologici (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali); i follow up per il monitoraggio dei suddetti trattamenti in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali; l'attività formativa e informativa, di supporto, consiglio e sostegno psicologico per i familiari (counseling).

## Personale socio - assistenziale Municipale

**n.1 Assistente Sociale** referente per l'Alzheimer, in forza presso il Municipio dove è residente il cittadino richiedente. L'Assistente Sociale non ha obbligo di presenza stabile c/o il Centro, fa parte dell'équipe integrata multidisciplinare che tale figura professionale convoca per la valutazione del bisogno dell'utente, per la verifica dell'idoneità all'inserimento al Centro, per l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale, monitorandone nel tempo l'efficacia e programmando le rivalutazioni in accordo con le agende degli altri componenti l'équipe. In caso di dimissione effettua una nuova valutazione del bisogno e in relazione allo stato di salute, alle risorse Municipali e a quelle del privato sociale/volontariato presenti nel territorio, elabora un nuovo progetto in accordo con il nucleo familiare.

## Personale in convenzione con Roma Capitale

**1 Responsabile Coordinatore:** figura qualificata, secondo quanto disposto dalla legge regionale n. 41/2003 art. 11, comma 1, lettera E, e dalla DGR del Lazio n.125 del 24/03/2015. In particolare è responsabile della programmazione, dell'organizzazione e della gestione di tutte le attività che si svolgono all'interno del Centro Diurno, nonché del loro coordinamento con i servizi territoriali, della gestione del personale, effettua le verifiche e i controlli sui programmi attuati, nel rispetto degli indirizzi fissati dalle leggi, dai regolamenti e provvedimenti regionali e comunali.

**1 Educatore Professionale:** è la figura professionale formata ai sensi della vigente normativa, con compiti di relazione con gli utenti accolti, di accompagnamento e sostegno alla realizzazione degli obiettivi previsti nel Piano di Assistenza Individuale (PAI). Nell'ambito della programmazione generale, progetta e predispone le attività, finalizzate al mantenimento e al miglioramento delle abilità e capacità fisiche, cognitive e relazionali degli utenti, nonché all'integrazione sociale, in collaborazione con tutta l'équipe.

**Operatori Socio Sanitari (OSS):** previsti n. 1 OSS ogni quattro utenti con malattia di grado lieve-moderato e n.1 OSS ogni tre utenti con malattia di grado avanzato.

**Autista:** è previsto l'impiego di due autisti per ogni Centro Diurno per il trasporto degli utenti, per **2 ore** giornaliere ciascuno.

## Personale ASL

Come indicato nella DGR 1305/2004 e successivi aggiornamenti, nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani "le eventuali prestazioni sanitarie, in relazione alle specifiche esigenze, sono garantite nelle forme dell'assistenza resa a domicilio".

A tal fine le ASL mettono a disposizione le competenze e le professionalità adeguate ed appropriate in risposta alle esigenze degli utenti, come emerse in sede di valutazione e come descritte nel PAI, secondo una prospettiva dinamica e flessibile, realizzando una modalità di Gestione Integrata già adottata con successo nella gestione di altre malattie croniche.

In particolare, per ciascun CDA, ogni ASL individua:

- **n.1 Medico Specialista:** Geriatra o Neurologo. Il Medico è il coordinatore del personale sanitario incaricato dalla ASL ad operare c/o il Centro ed è la figura di collegamento con il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), di cui fa parte. Ha il compito di:
  - verificare l'idoneità alla frequenza del CDA, condividendone la valutazione in équipe (VMD);
  - partecipare alla VMD all'ingresso del paziente al CDA ed elaborare, insieme con l'équipe del CDA, il Piano di Assistenza Individuale, programmandone e condividendone eventuali rivalutazioni e dimissioni, in raccordo con i MMG;
  - fornire le consulenze specialistiche eventualmente necessarie, interfacciandosi con il MMG.
- **1 Psicologo,** incaricato di:
  - supportare il Medico Specialista, referente per il CDA, nella rivalutazione periodica dell'andamento della malattia demenziale (MMSE);
  - rilevare eventuali difficoltà di gestione della malattia da parte dei familiari/caregiver;
  - fornire agli Operatori indicazioni sulle Attività di Stimolazione Cognitiva e funzionale da svolgere per gli utenti;
  - organizzare Attività di sostegno di gruppo a favore dei familiari/caregiver degli utenti del CDA.

Collabora con il personale del Centro, raccordandosi con il Medico Specialista.  
Partecipa alla VMD, ove richiesto, e alla stesura/ridefinizione del PAI.

- **n. 1 Infermiere del Distretto sanitario –COT di riferimento, incaricato di:**
  - rilevare lo status del malato sul versante clinico generale attraverso la rilevazione periodica dei parametri vitali e biologici e delle terapie in corso, con particolare riguardo alle polifarmacoterapie e all'assunzione di psicofarmaci
  - rapportarsi al MMG ed ai familiari nel caso di criticità
  - monitorare l'efficacia delle modificazioni messe in atto.

Collabora con il personale del Centro, raccordandosi con il Medico Specialista.  
Partecipa alla VMD, ove richiesto, e alla stesura/ridefinizione del PAI.

- **n.1 Terapista della Riabilitazione** con il compito di:
  - partecipare all'attuazione dei progetti riabilitativi contenuti nei PAI, attraverso interventi individuali o di gruppo e fornire agli Operatori indicazioni sui programmi di Attività Fisica più idonei per le caratteristiche degli utenti del CDA;
  - monitorare periodicamente l'efficacia delle attività proposte per i pazienti
  - valutare periodicamente il "rischio cadute" dei pazienti del CDA.

Collabora con il personale del Centro, raccordandosi con il Medico Specialista.  
Partecipa alla VMD, ove richiesto, e alla stesura/ridefinizione del PAI.

**In base a particolari esigenze, in base a quanto previsto dal PAI, saranno attivati interventi sanitari da parte del Distretto sanitario - COT di riferimento.**

#### **Altre figure professionali/operatori**

**Il personale sopra citato potrà essere implementato secondo le necessità ravvisate a livello di gruppo di ospiti che di singolo PAI, nei limiti delle risorse disponibili.**

**Nei Centri Diurni è contemplata la presenza di volontari e/o tirocinanti previo accordo con la Stazione Appaltante.**

### **Articolo 9 Livello essenziale del servizio**

In linea con quanto previsto dalla DGR del Lazio n. 1305/2004, per quanto concerne il personale previsto presso le strutture semi-residenziali per le persone anziane ma in considerazione della compromissione che la malattia di Alzheimer determina, incidendo profondamente a livello sanitario e sociale sulla qualità di vita delle persone che ne sono colpite e dei familiari che se ne prendono cura, le Parti convengono di fissare - per quanto di rispettiva competenza e nei limiti delle risorse disponibili - uno **standard minimo di servizio**, previsto quale **livello minimo di assistenza (integrata) da garantire in ogni CDA**, a garanzia di qualità ed uniformità di base del servizio stesso, **fatta salva la possibilità per ciascun Ente sottoscrittore di incrementare il livello quali/quantitativo dell'offerta c/o uno o più Centri afferenti al proprio bacino territoriale.**

In riferimento al personale elencato all'articolo 8 del presente protocollo, pertanto, le Parti definiscono l'apporto delle seguenti figure professionali e relativo impegno orario minimo, quale **standard minimo di servizio per i CDA** presenti nel territorio di Roma Capitale, come di seguito descritto:

- **n. 1 Assistente Sociale municipale** con un impegno orario non inferiore a 2 ore settimanali;
- **n.1 Medico Specialista:** Geriatra/ Neurologo con impegno orario, non inferiore a 2 ore settimanali;
- **n. 1 Infermiere** con un impegno orario non inferiore a 6 ore settimanali;
- **n. Terapista della Riabilitazione** con un impegno orario non inferiore alle 4 ore settimanali.
- **n.1 Responsabile Coordinatore** con un impegno orario non inferiore a 9 ore settimanali;
- **n.1 Educatore Professionale** con un impegno orario non inferiore a 18 ore settimanali;
- **Operatori Socio Sanitari (OSS):** n. 1 OSS ogni quattro utenti con malattia di grado lieve-moderato e n.1 OSS ogni tre utenti con malattia di grado avanzato.

**Assistente Sociale Municipale, Medico Specialista e Responsabile Coordinatore compongono l'équipe integrata multidisciplinare del CDA che, secondo le specificità delle situazioni, potrà coinvolgere ulteriori figure professionali, specialmente in fase di valutazione o rivalutazione del bisogno.**

**Il personale sanitario della ASL referente per il CDA, garantisce accessi regolari nella struttura e la partecipazione in presenza o da remoto alla riunione settimanale di coordinamento dell'équipe integrata multidisciplinare del CDA. Ciò premesso, al fine di conciliare l'esigenza di flessibilità organizzativa da parte delle ASL con la necessità di instaurare e mantenere una relazione di fiducia con l'anziano e i suoi familiari, nelle fasi di ingresso, valutazione, rivalutazione e dimissione del paziente è sempre garantita la partecipazione - in presenza - di almeno una delle figure sanitarie coinvolte.**

## **Articolo 10 Modalità di accesso ai Centri Diurni Alzheimer**

**In ogni fase del percorso è previsto il coinvolgimento dell'interessato/a o di chi ne fa le veci (caregiver familiare o altra figura designata) e del MMG della persona assistita.**

### **Fase 1 - Presentazione della domanda**

Il Servizio Sociale Municipale, come servizio di prossimità territoriale, è il punto di riferimento per la presentazione della domanda di accesso al Centro Diurno Alzheimer, attraverso il Segretariato Sociale e il Punto Unico di Accesso Integrato (PUA). Una volta accolta la richiesta del cittadino comprensiva degli allegati predisposti (**Allegato A – A1 – A2**), l'Assistente Sociale del Municipio inoltrerà la domanda all'Ufficio Alzheimer del Dipartimento Politiche Sociali e Salute per l'inserimento nelle strutture dipartimentali e successivamente al Coordinatore del Centro Diurno di riferimento territoriale, che ha il compito di programmare gli incontri per le valutazioni. Per l'inserimento nella struttura municipale, il segretariato/PUA inoltrerà la domanda del cittadino all'area del servizio sociale competente per materia.

### **Fase 2 – Prevalutazione**

L'Assistente Sociale municipale, referente per l'Alzheimer, accolta l'istanza del cittadino, effettua una prima valutazione **volta ad accertare la corrispondenza della richiesta con le necessità assistenziali rilevate** attraverso incontri e colloqui con la famiglia/caregiver e l'utente. A tal fine, si avvale della Scheda di Rilevazione dei Bisogni Sociali (**Allegato B**). Utilizza altresì la griglia riportata nell'allegato **B1** del presente protocollo, per la rilevazione di criteri di priorità nell'accesso, in caso di lista di attesa per l'ingresso al CDA individuato. Al riguarda si rimanda a quanto di seguito specificato all'articolo 12.

**Qualora il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze territorialmente competente avesse già in carico la persona interessata alla frequenza al CDA, potrà anticiparne la propria valutazione al Municipio di riferimento. Al fine di pervenire ad un esame completo e multidimensionale delle necessità assistenziali dell'interessato/a, tale valutazione, unitamente a quella sociale sopra descritta, sarà condivisa in équipe integrata, come di seguito specificato.**

### **Fase 3 - Idoneità**

L'idoneità per l'ammissione al Centro Diurno Alzheimer valutata dall'équipe integrata analizza il grado di "compliance" del soggetto e quindi la sua possibilità di integrazione nelle attività di gruppo, nonché la gravità della demenza e lo stato di fragilità del nucleo.

Come indicato all'art. 8, l'Equipe integrata multidisciplinare **deputata alla valutazione** è composta da:

- Medico Specialista (del CDCD) incaricato della ASL di competenza per il CDA;
- Assistente Sociale del Municipio di residenza (sede di presentazione della domanda);
- Coordinatore del CDA.

Tale Equipe (minima) può essere integrata dal personale sanitario della ASL di competenza, dagli operatori sociali del Centro Diurno, dal Medico di Medicina Generale (MMG) in base alle situazioni specifiche e alle esigenze del singolo utente, sempre con il coinvolgimento e la partecipazione dell'interessato o di chi lo rappresenta.

**L'équipe si occupa della valutazione di idoneità alla frequenza del Centro Diurno, redigendo un verbale delle riunioni effettuate (**Allegato C**).**

#### **Fase 4 - Inserimento/rivalutazione**

Il formale inserimento dell'utente nel Centro Diurno Dipartimentale è ratificato dal Dipartimento Politiche Sociali e Salute, Direzione Servizi alla Persona, che rilascia **un'autorizzazione alla frequenza** sulla base della completezza dei documenti analizzati ed inviati dal Municipio di residenza dell'utente e dell'idoneità rilasciata dall'equipe valutativa integrata. A seguito di tale autorizzazione, il Coordinatore dell'Organismo gestore dovrà effettuare una visita domiciliare presso la residenza dell'utente per verificare ed approfondire la situazione socio-familiare-ambientale dello stesso e mettere in atto gli opportuni interventi per l'inserimento e garantirne l'efficacia. L'esito del periodo di inserimento (15 giorni) verrà comunicato dall'Organismo gestore al Municipio di riferimento e all'Ufficio Dipartimentale; se l'esito è positivo, l'autorizzazione rilasciata provvisoriamente dall'Ufficio Dipartimentale diverrà definitiva automaticamente senza passaggi ulteriori.

In seguito, **l'équipe valutativa integrata stila il Piano di Assistenza Individuale (Allegato D) che viene sottoscritto da tutti coloro che compongono l'équipe e condiviso e firmato dall'utente e/o familiare/caregiver o colui/colei che lo rappresenta.**

Il Coordinatore del CDA lo inoltrerà all'Ufficio Dipartimentale entro quindici giorni dalla data di inserimento al CDA nei casi di successo del periodo di prova. Il PAI può essere poi modificato in itinere in base all'evoluzione del progetto del singolo ospite e del suo stato di salute e deve essere rivalutato con periodicità non superiore a **sei mesi** e comunque ogni qualvolta le condizioni dell'utente lo richiedano.

#### **Fase 5 - Dimissioni e criteri**

Il paziente viene dimesso dal Centro Diurno nei seguenti casi:

- aggravamento dello stato di malattia tale da non permettere di prendere parte alle attività programmate e previste nei Centri Diurni;
- alterazioni comportamentali che non permettano la partecipazione alle attività o tali da mettere a rischio la sicurezza propria e/o di terzi;
- malattia acuta o ricovero ospedaliero che comporti una assenza superiore a trenta giorni al termine della quale la situazione dovrà essere nuovamente rivalutata per un successivo eventuale reinserimento;
- rinuncia da parte dell'utente o del suo familiare, da sottoscrivere con apposita dichiarazione di rinuncia;
- trasferimento in altro Comune;
- ricovero in RSA;
- interruzione della frequenza al Centro per motivi personali, per un periodo superiore a 30 giorni, con possibilità di eventuale reinserimento previa presentazione di nuova istanza.

#### **Articolo 11 Accompagnamento alla dimissione**

Tale nuovo servizio di potenziamento del Centro Diurno è introdotto da Roma Capitale in via sperimentale. E' rivolto ai pazienti dimessi dai Centri Diurni, per i motivi sopra esposti, che accolgono utenza con livello assistenziale lieve moderato, per permettere loro, tramite un supporto domiciliare concordato, di superare il momento di maggiore fragilità, legato al rientro a casa, col minore disagio possibile.

In particolare tale nuovo servizio sperimentale permetterà di:

- fornire la continuità assistenziale, in linea con quella del Centro Diurno, attraverso la presenza al domicilio di n.1 Assistente Sociale (4 ore al mese per un massimo di n. 8 utenti in dimissione) e n. 1 OSS (8 ore al mese, per un massimo di 8 utenti in dimissione), entrambi messi a disposizione dall'Ente gestore del CDA frequentato dall'utente;
- favorire la prosecuzione, al domicilio, del Piano di Assistenza Individuale;
- garantire, in tempi brevi, l'eventuale presa in carico da parte dei servizi territoriali.

#### **Articolo 12 Lista di attesa, tempistica e criteri di priorità**

Come anticipato all'articolo 3 del presente protocollo, l'Ufficio Promozione, Progettazione, Coordinamento Tecnico Centri Alzheimer del Dipartimento Politiche Sociali coordina le attività e gli interventi erogati dai Centri Diurni **Dipartimentali**. All'Ufficio sono affidate anche le attività legate al coordinamento delle ammissioni e la gestione delle liste di attesa, autorizzazioni, inserimenti, dimissioni, rinunce.

L'ufficio Dipartimentale acquisisce la documentazione degli utenti che vogliono fare ingresso nei centri Dipartimentali, questa viene trasmessa dall'Assistente Sociale in forza presso il Municipio dove è residente il cittadino richiedente.

Al fine di garantire un servizio di qualità e dare una risposta efficace ai cittadini, dalla data di presentazione della domanda di ammissione al Centro Diurno alla data di effettivo inserimento deve passare un massimo di **30 giorni**. Fanno eccezione le situazioni in cui il ritardo è dovuto a aggravamenti/ricoveri da parte degli ospiti o cause di forza maggiore.

Eventuali ritardi nell'inserimento potranno essere dovuti al raggiungimento della capienza del centro ma non al carico assistenziale dell'utente da accogliere.

In caso di valutazione di idoneità alla frequenza ma laddove non vi siano posti disponibili presso il CDA scelto, la persona verrà inserita in una lista di attesa. La lista di attesa, quindi, si attiverà **solo** per totale capienza raggiunta dal CDA scelto dall'utente.

Il Municipio coordina le attività e gli interventi erogati dai Centri diurni Municipali, allo stesso sono affidate le attività legate al coordinamento delle ammissioni e la gestione delle eventuali liste di attesa, autorizzazioni, inserimenti, dimissioni, rinunce.

### **Articolo 13 Compartecipazione alla spesa**

Con l'introduzione del principio di contribuzione del cittadino ai servizi, il modello ISEE determina il valore della quota contributiva, salvo le esenzioni previste dalla legge.

### **Articolo 14 Funzionamento dei Centri**

I CDA sono aperti dal lunedì al sabato, festivi esclusi, dalle ore 8:00 alle ore 17:00, trasporto incluso. I giorni di festività, coincidenti con l'apertura del CDA, potranno essere recuperati, previo confronto con la Stazione Appaltante e con le esigenze del servizio.

Le attività hanno inizio entro le ore 9:00 e si concludono non prima delle ore 16:00.

### **Articolo 15 Direzione organizzativa e controllo del servizio**

L' Ufficio Dipartimentale provvede a:

- accertare il regolare ed efficace svolgimento del servizio;
- richiedere relazioni, dati, verifiche sulla puntuale e corretta esecuzione delle singole attività programmate, rilevandone l'efficacia e proponendo eventuali modifiche o integrazioni;
- effettuare periodiche riunioni per l'analisi e la qualità del servizio reso;
- verificare la regolarità gestionale e delle rendicontazioni contabili;
- verificare semestralmente gli indicatori/valori di riferimento per la valutazione di efficacia dei percorsi semiresidenziali attivati (**Allegato E**).

La modulistica allegata sarà parte integrante e sostanziale del presente protocollo.

### **Articolo 16 Adempimenti dell'Organismo Affidatario**

Il gestore dei CDA è chiamato a garantire, attraverso la figura professionale del Responsabile Coordinatore:

- l'organizzazione e la gestione delle attività che si svolgono nei CDA nonché il coordinamento con i servizi territoriali;
- la verifica ed il controllo dei programmi attuati all'interno della struttura;

- la comunicazione all'Ufficio Dipartimentale di eventuali rinunce;
- partecipare all'elaborazione e stesura dei piani di intervento personalizzati, in accordo con il servizio istituzionale del territorio che ha in carico la persona e condivisi con le famiglie;
- supporto nella cura e igiene della persona per quei partecipanti che possano trovarsi in una situazione di parziale e/o temporanea limitazione della propria autosufficienza;
- la presentazione di relazioni mensili, del controllo di gestione, della scheda di rilevazione dei dati (elenco frequentanti e dei fogli firma dell'utenza e delle presenze/assenze giornaliere, a corredo delle fatture);
- le comunicazioni inerenti l'elenco del personale impiegato e/o sostituito;

lo eliminerei non l'hanno tutti

- organizzazione di eventi di informazione (almeno n° 1 nell'arco dell'anno), formazione sulla tematica dell'Alzheimer con la collaborazione di istituti di ricerca scientifica con l'impiego di apposite professionalità.

### **Articolo 17 Durata e modalità di revisione del Protocollo di Intesa**

Fatte salve eventuali modifiche o aggiornamenti, apposte le firme delle parti sottoscrittrici, il presente atto rimarrà in vigore tre anni dalla data di protocollazione. Il Dipartimento Politiche Sociali e Salute, attraverso l'Ufficio Promozione, Progettazione, Coordinamento Tecnico Centri Alzheimer in accordo e collaborazione con i servizi delle AASSLL Roma 1,2,3 e gli Enti Gestori coinvolti nella sperimentazione, attuerà un costante monitoraggio dei servizi resi e della qualità dell'offerta integrata. L'attuazione e il livello dell'integrazione sociosanitaria rappresenta l'efficacia stessa del servizio che sarà valutata attraverso l'applicazione dell'allegato E ("Rilevazione Dati centri diurni Alzheimer"), parte integrante del presente protocollo.

Trascorso un anno dalla sottoscrizione, il protocollo sarà rivalutato agli esiti del monitoraggio effettuato e potrà essere oggetto di modifiche o integrazioni che ne richiederanno rinnovata sottoscrizione e decorrenza dei termini. Potrà altresì essere posto a revisione, prima della scadenza triennale, laddove intervengano modifiche e/o integrazioni sostanziali nella normativa di riferimento o negli assetti organizzativi degli Enti sottoscrittori.

### **Articolo 18 Recesso e Risoluzione**

Alle Parti è data facoltà di recedere dal presente Protocollo di Intesa qualora venga valutata l'impossibilità di proseguire in maniera proficua ed efficace le attività ivi previste, mediante comunicazione da trasmettere via PEC con un preavviso di 6 mesi (180 giorni) fermo restando l'obbligo degli adempimenti degli impegni già assunti in specifici atti di esecuzione del Protocollo di intesa stesso.

In aggiunta ai casi di risoluzione previsti dalla legge, Roma Capitale potrà risolvere il Protocollo di intesa in caso di ripetute e gravi inadempienze alle disposizioni previste all'interno del presente Protocollo di Intesa.

Tutte le parti dichiarano di aver preso visione in sede di perfezionamento del presente Protocollo di Intesa, dei rispettivi Codici Etici e di Condotta e dichiarano di conformarsi ad essi durante l'esecuzione del Protocollo stesso.

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Protocollo di Intesa, sarà cura del Dipartimento Politiche Sociali e Salute - Direzione Servizi alla Persona, adottare apposito provvedimento dirigenziale nel quale verranno indicate le modalità di dettaglio delle procedure sopra descritte, inclusi i relativi impegni di spesa.

Letto, approvato e sottoscritto digitalmente tra le Parti.

#### **Per Roma Capitale**

Assessora alle Politiche Sociali e alla Salute  
Barbara Funari

Dipartimento Politiche Sociali e Salute  
Direttore  
Dott.ssa Michela Micheli

Dipartimento Politiche Sociali e Salute  
Direttore di Direzione Servizi alla Persona  
Dott.ssa Angelina Di Prinzio

**Per la ASL Roma 1**  
Direttore Generale f.f.  
Dr.ssa Roberta Volpini

**Per la ASL Roma 2**  
Direttore Generale  
Dr. Giorgio Casati

**Per la ASL Roma 3**  
Direttore Generale  
Dr.ssa Francesca Milito