

RICHIESTA DOCUMENTALE ASL ROMA 1 -SISP DEL 22/05/2025 PROT. N. 87487

PUNTO A) RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

14) Relazione tecnico-sanitaria a firma del Medico Responsabile

09/09/2025 v. 4.1

RELAZIONE SULLE ATTIVITA' DELLA STRUTTURA

Premessa

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 e s.m.i.) stabilisce sia che il Servizio Sanitario Nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi ed estensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore.

Il SSN garantisce altresì alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale, la presa in carico delle stesse ancorché con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.

Quindi il Servizio Sanitario garantisce alle persone non autosufficienti, affette da malattie croniche o in condizioni di fragilità, che non hanno la possibilità di curarsi a domicilio, l'opportunità di essere ospitate in strutture residenziali extra ospedaliere che offrano loro tutta l'assistenza di cui hanno bisogno tramite le residenze sanitarie assistenziali e nel caso di Villa Tagliaferri anche attraverso reparti estensivi o di mantenimento alto.

La RSA Villa Tagliaferri è altresì dotata di un reparto di assistenza semiresidenziale nel quale i pazienti possono ricoverarsi giornalmente sulla base del proprio piano assistenziale dalle ore 08.00 alle ore 19.00 .



Visione aerea della RSA Villa Tagliaferri

Dati socio – demografici

Secondo le definizioni ad oggi ufficialmente adottate, si considera anziana una persona che abbia compiuto il 65esimo anno di età. Nei paesi Occidentali, l'allungamento medio della speranza di vita (Italia 85,2 anni per le donne e 80,8 per gli uomini) ha portato ad un aggiornamento del concetto di anzianità portandola a 75 anni, e suggerisce di utilizzare una suddivisione degli anziani in soggetti che appartengono rispettivamente alla terza età (dipendenza da altri, decadimento fisico). Un'altra classificazione considera più analiticamente quattro sottogruppi: giovani anziani (64-74 anni); anziani (75-84 anni), grandi vecchi 85-99 anni) e centenari.

Nella Regione Lazio i "grandi anziani" (residenti di età superiore agli 85 anni) sono oltre 200 mila (pari al 3,6% della popolazione) e risultano più che raddoppiati negli ultimi 20 anni (erano 91 mila nel 2003, mentre gli over64 sono aumentati del 38,4%).

Decisamente più modesta la crescita della restante popolazione (4,2% tra il 2012 e il 2021, pur dovendo rilevare una significativa riduzione dal 2018 ad oggi, pari al 3%) sia per la progressiva riduzione dei flussi migratori (per la prima volta in flessione, nell'ultimo biennio, complice anche la Pandemia da SARS-COV-2), sia per il calo della natalità.

La popolazione dei residenti nelle strutture sociosanitarie è sempre più composta da persone molto anziane e fragili sul piano clinico.

La fragilità è uno stato di fisiologica maggior vulnerabilità legato all'invecchiamento e dovuto a una ridotta capacità dell'organismo di far fronte a situazioni di stress come le malattie acute. La fragilità dell'anziano si configura come una sindrome ad elevato rischio di esiti clinici sfavorevoli che condiziona un significativo peggioramento della qualità della vita e costituisce un fattore importante di disabilità ad eventi avversi.

È una condizione complessa che va oltre i concetti di senescenza e di malattia.

La definizione di fragilità si applica a quei soggetti che sono affetti da patologie croniche multiple e spesso colpiti da disabilità più o meno invalidanti.

Tali condizioni possono essere complicate da problematiche socio-economiche il cui insieme, in particolare modo nel caso degli anziani, comporta un rischio elevato di rapido deterioramento del benessere psicofisico e dello stato funzionale.

È evidente che l'andamento demografico continua a caratterizzarsi per un sostenuto tasso di invecchiamento e una collaterale crescita di malattie senili degenerative.

Oggi in Italia il 23% della popolazione supera il 65 anni mentre nel 2050 si raggiungeranno circa 20 milioni di anziani ovvero circa il 34% della popolazione che supererà i 65 anni.

Ciò che è ancor più rilevante è l'allungamento della vita media. Nel 2050 la durata della vita media in Italia si allungherà di quasi 3.0 anni giungendo ad 83.4 medi per gli uomini e 87.0 per le donne, Inoltre il 50% dei bambini nati nel 2020 supererà i 100 anni di vita nel 1220 e gli **over 80** di quegli anni avranno un invecchiamento fisico cognitivo pari a quello di un **over 60** di oggi.

Infine le trasformazioni sociali, il cambiato ruolo della famiglia come agenzia educativa e le crisi delle reti sociali di prossimità acuiranno la crisi dei tradizionali servizi territoriali e rilanceranno il domicilio come **cellula tecnologica** dei servizi domiciliari e territoriali (come previsto dal PNRR) ed un poderoso rilancio dei grandi ospedali HUB a scapito degli ospedali territoriali sempre più schiacciati tra un poderoso rilancio della teleassistenza/teleriabilitazione domiciliare assistita da da accessi pianificati di equipè multidisciplinari di assistenza domiciliare probabilmente integrati con **rsa aperte** e maggiormente integrate nel sistema dei servizi e potenziate di reparti di semidomiciliarità analogamente agli hospice attuali.

Stima del fabbisogno

La regione Lazio, coerentemente con tali premesse, per quanto attiene il setting della assistenza territoriale residenziale, nel Documento Tecnico approvato con il Decreto del Commissario ad Acta 4 luglio 2019, n. U00258: *Piano per il potenziamento delle reti territoriali – Adozione documento tecnico – si impegna, nell’ambito della programmazione per il triennio 2019-2021, ad incrementare e migliorare la risposta ai bisogni della persona perseguendo il raggiungimento degli indicatori di riferimento utilizzati dal Comitato LEA.*

Nel succitato provvedimento si dà atto che la Regione non raggiunge i valori target per le prestazioni di assistenza domiciliare, riabilitativa e residenziale ed in particolare il numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti si attesta a 4,28 per 1.000 anziani mentre l’obbiettivo sarebbe rappresentato da un numero superiore a 9,8 per 1.000 anziani).

L’andamento dei dati demografici nell’ultimo decennio ha fatto registrare un sensibile, progressivo, incremento della popolazione ultrasessantacinquenne, a fronte di una parziale riduzione della popolazione generale (dal 2018 in poi).

Tale andamento ha comportato un significativo aumento del fabbisogno stimato all’epoca del DCA U00187/2017, confermando da una carenza di oltre il 50% di posti residenziali rispetto all’offerta esistente.

Il provvedimento, mediante tabelle, esplicita la misura del fabbisogno nelle varie aree di intervento e le carenze rispetto a questo; le suddette tabelle, per quanto attiene l’assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti anche anziane, evidenziano nella Regione Lazio una importante carenza nell’offerta di assistenza alle persone non autosufficienti. Per tale tipologia assistenziale le valutazioni ministeriali stimano un numero di posti letto equivalenti inferiore di oltre la metà rispetto al valore obiettivo.

Con riferimento ai dati di popolazione 2018 ed al confronto per area e per setting con l’offerta, dalle tabelle emerge nella Regione una carenza di 6.399 posti residenziali e di 1.477 posti semiresidenziali.

-Ne consegue che il fabbisogno di residenzialità in strutture assistenziali nella città di Roma, ma anche per singola Azienda Sanitaria Locale, sia ancora fortemente distante dagli obiettivi fissati in sede ministeriale e regionale.

Rilevato pertanto che esiste nel territorio della città di Roma un bisogno di posti residenziali attualmente non soddisfatto dalla offerta nelle diverse tipologie assistenziali, la scrivente Società

ritiene di proporsi per implementare l'offerta, realizzando una RSA, mediante la trasformazione di un edificio, precedentemente destinato ad attività di tipo sociale.

La struttura che si intende avviare è ubicata in piazza A. Marchesi 8, nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria Locale Roma1 con ingresso per autoambulanze e disabili in via Tagliaferri 24,.

Finalità della struttura – destinatari e tipologia delle prestazioni:

Ai sensi della vigente normativa le R.S.A. sono strutture sanitarie residenziali socio- sanitarie, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche, nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della L833/78.

La RSA Villa Tagliaferri è una struttura di ricovero specialistico territoriale e, in quanto tale, può essere considerata una residenza collettiva ed i pazienti che verranno inseriti manterranno il rapporto di cura con il proprio MMG e continueranno a godere di tutte le prestazioni ed ausili che avrebbero ottenuto dal Servizio Sanitario Regionale se avessero proseguito la permanenza nel proprio domicilio.

È consentito altresì ai pazienti trasferire il proprio domicilio presso la RSA e mantenere o cambiare il proprio MMG.

Al momento della sottoscrizione della richiesta di ricovero la struttura fornirà un elenco di MMG della zona in grado di prendersi carico dei pazienti ricoverati.

*Prima dell'ingresso il paziente dovrà essere sottoposto all'esame (secondo la procedura in vigore per l'accesso nell'RSA della regione Lazio), da parte dell'**UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE -UVM** indicata dal distretto ASL 1 competente che valuterà l'**APPROPRIETÀ** del paziente al ricovero presso la RSA.*

*L'RSA Villa Tagliaferri offre servizi che favoriscano, sulla base del **PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)**, il recupero o il mantenimento dell'autonomia della persona e garantirà il controllo qualitativo e quantitativo dei processi sociosanitari assistenziali, perseguendo prioritariamente i seguenti obiettivi:*

- *Concorrere a rimodulare, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il complesso di attività erogate dalla rete delle strutture pubbliche e private;*
- *Rispondere in maniera appropriata alle esigenze di continuità assistenziale degli anziani in dimissione al termine di ricoveri ospedalieri in acuzie e post-acuzie;*
- *fornire prestazioni di assistenza residenziale sulla base delle specifiche esigenze delle persone assistite, attraverso un modello di risposta fondato su una maggiore flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) la sua espressione operativa;*
- *favorire una risposta adeguata al bisogno della ASL Roma 1, mediante una appropriata dislocazione sul territorio;*

- articolare la struttura in diversi livelli assistenziali per assicurare quella continuità che tiene conto dei bisogni degli utenti e delle famiglie, esigenza richiamata anche DCA U00471/2019.

L'RSA Villa Tagliaferri su specifica richiesta del paziente potrà anche autorizzare i c.d. ricoveri di sollievo per la famiglia per un periodo temporale da concordare e salvo disponibilità.

L'ospitalità temporanea può essere finalizzata a:

- a) completamento di programmi riabilitativi già iniziati presso una struttura ospedaliera
- b) riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi e può essere prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata.

La Struttura erogherà prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani nei livelli assistenziali R2 ed R3 (livello di assistenza estensiva e livello di assistenza mantenimento), disponendo di spazi sufficienti ad ospitare 86 posti equivalenti, di cui 10 in regime semiresidenziale di mantenimento, distribuiti nei nuclei meglio descritti nella parte che segue.

Configurazione assistenziale della Struttura

Caratteristiche generali

La RSA è una struttura socio-sanitaria residenziale, organizzata per nuclei, finalizzata a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero in centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978.

Caratteristiche specifiche della RSA Villa Tagliaferri

Nella RSA Villa Tagliaferri vi sono totali 86 posti così distribuiti:

-piano rialzato: n. 1 reparto di degenza diurna di n. 10 p.l. nonché un ambulatorio polispecialistico con 6 studi medici e servizi di supporto tecnico amministrativo;

-primo piano: n. 1 reparto da 20 p.l. di R2 e n. 1 reparto da 19 p.l. di R3;

-secondo piano: n. 1 reparto da 20 p.l. di R2 e n. 1 reparto da 17 p.l. di R2

-piano seminterrato: sala mensa, palestra, servizi agli ospiti, cappella, spogliatoi del personale, camera mortuaria, magazzini e locali tecnici.

Ciascun piano contenente i reparti assistenziali si estende per una superficie di circa 1.150 mq per totali 3.450 mq cui si sommano i circa 1.100 mq del piano seminterrato.

La struttura ha una forma di semicerchio ed è circondata da entrambi i lati da uno spazioso giardino per accogliere attività occupazionali e di socializzazione per pazienti e familiari.

L'attività di assistenza è caratterizzata da:

■ Cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza. Tali cure devono essere comprensive della preparazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti alla non autosufficienza, utili al ritorno nel contesto domestico, sia per le persone anziane sia per le persone fragili di ogni età.

■ Cure della vulnerabilità dei fragili e degli anziani non autosufficienti intese quali proseguimento della presa in cura, oltre il ricovero ospedaliero, dopo fasi di riabilitazione di malattie croniche con elevato rischio di instabilità; oppure, nel caso di necessità, sono da intendersi anche come mantenimento di terapie multiple o complesse, dopo l'inquadramento diagnostico in ospedali per acuti, con l'obiettivo di condurre le condizioni cliniche e funzionali a bisogni assistenziali erogabili al domicilio o supportabili da lungodegenza domiciliare o residenziale in regime sociosanitario.

■ Osservazione prolungata, dopo la stabilizzazione di stati critici e terapie intensive, con prosecuzione di cure e assistenza medico infermieristica adeguata alla cronicizzazione di gravi alterazioni dello stato di coscienza, per il tempo necessario alla definizione diagnostica e adeguata alla organizzazione dell'ulteriore proseguimento dell'assistenza in ambito residenziale intensivo.

■ Cure temporanee dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave non autosufficienza comportante un ricovero in acuzie per il prolungamento dell'assistenza in ambito residenziale, al fine di favorire il miglioramento delle condizioni clinico assistenziali e della qualità di vita in attesa della predisposizione dell'assistenza domiciliare o della progettazione di assistenza residenziale a più lungo termine.

Oltre alle prestazioni di tipo alberghiero vengono assicurate, in rapporto alle condizioni psicofisiche degli ospiti:

- a) L'assistenza medica
- b) Prestazioni di medicina generale a carico del Servizio Sanitario Regionale
- c) Assistenza infermieristica
- d) Assistenza riabilitativa di recupero e di mantenimento
- e) Assistenza psicologica
- f) Consulenza e controllo dietologico

- g) Prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare
h) Attività di animazione, occupazionale, ricreativa e di integrazione e raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine.

La RSA è realizzata con le caratteristiche strutturali previste dal DCA 8/2011, DCA 99/2012 e DCA 73/2016.

La RSA è in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente.

La RSA opererà in stretto collegamento con i servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti nel territorio, in particolare con le strutture e servizi ospedalieri, anche a ciclo diurno, specialistici e di assistenza domiciliare al fine di assicurare agli utenti risposte adeguate, comunque dirette ad evitare soluzioni di tipo istituzionale a carattere permanente.

Tempi di attivazione della Struttura

L'attivazione del Servizio è subordinata ai tempi di rilascio dell'autorizzazione da parte della ASL roma 1 e della Regione Lazio.

Unità di cure residenziali estensive (R2) 56 posti equivalenti

La Struttura, sulla base della valutazione multidimensionale, potrà erogare agli ospiti prestazioni residenziali estensive su complessivi 56 posti equivalenti fornendo per sette giorni nella settimana a ciclo continuo nelle 24 ore assistenza sociosanitaria residenziale a persona non autosufficienti nonché trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale rivolti a persone non autosufficienti con elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese o altre disabilità).

I trattamenti saranno garantiti in continuità assistenziale, con presenza infermieristica sulle 24 ore, ivi incluse prestazioni professionali di tipo medico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

La degenza è finalizzata al recupero ed alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello assistenziale di mantenimento.

Unità di cure residenziali di mantenimento (R3) 20 posti equivalenti

Saranno destinati alle unità di cure residenziali di mantenimento complessivamente 20 posti equivalenti fornendo prestazioni di:

- assistenza sociosanitaria residenziale a persone non autosufficienti;
- trattamenti sanitari di lungoassistenza a forte rilevanza sociale
- recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, rivolte a persone non autosufficienti.

I trattamenti saranno costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.

Prestazioni di mantenimento semiresidenziali (SR) 10 posti equivalenti

Al piano terra della Struttura sarà ubicato il Centro Diurno con disponibilità di 10 posti equivalenti per trattamenti di mantenimento per anziani, destinato a persone autosufficienti o con ridotta autonomia psico-fisica o relazionale che vivono nel proprio ambiente familiare. Tale nucleo semiresidenziale svolge funzioni di carattere socio assistenziale, riabilitativo e di mantenimento delle autonomie residue ed eroga prestazioni sanitarie di base.

Misure di contenimento della diffusione delle malattie infettive

L'esperienza acquisita nel corso della recente Pandemia da SARS COV 2, dall'inizio dell'anno 2020 fino a primavera inoltrata del corrente anno 2022, impone una particolare attenzione alle misure di prevenzione per contrastare la diffusione delle malattie infettive nelle comunità e nelle strutture sanitarie.

Si è constatato infatti come la pandemia abbia duramente colpito i più fragili, in particolar modo gli anziani e le persone che soffrano diverse patologie croniche, con un effetto devastante proprio nelle RSA che ospitavano questi soggetti.

Nel corso della prima ondata sono state colpite soprattutto le strutture più grandi, con più posti letto, perchè non è stato possibile approntare in breve tempo provvedimenti di contenimento, mentre le strutture più piccole hanno risentito maggiormente delle ondate successive.

La presenza di ospiti con demenza ha fortemente messo in discussione la strutturazione delle RSA obbligando ad interventi di compartimentazione, di chiusura, di governo degli accessi presso le stesse.

Oltre alle misure generali di contrasto alla diffusione del contagio, fondate sull'utilizzo di dispositivi di protezione, di soluzioni disinfettanti e di sanificazione degli ambienti, è stato necessario stabilire la chiusura protratta delle strutture ai visitatori esterni e limitare i contatti anche con i parenti degli ospiti.

Per evitare il COVID-19 si sono correttamente isolati gli anziani, ma questa chiusura ha spesso provocato una flessione del tono dell'umore significativa e un peggioramento cognitivo. Tale esperienza suggerisce soluzioni organizzative e strutturali che facilitino la necessità, per le esigenze di isolamento di numerosi ospiti, anche in forma modulare, con accessi e percorsi separati, utilizzando personale dedicato.

Al fine di potersi trasformare, ove necessario, in una struttura parzialmente o interamente COVID l'organizzazione degli spazi è, sin dal principio definita in maniera tale da assicurare l'efficacia delle misure sopra indicate, ed in particolare mediante la presenza dei seguenti elementi:

- separazione degli accessi e dei percorsi nel caso di nuclei COVID dedicati e NON COVID anche per quanto attiene il personale, in modo da garantire temporaneamente il necessario isolamento (in attesa di trasferimento in ospedale Covid).
- disponibilità di locali dedicati alla vestizione e svestizione del personale sanitario e sociosanitario distinti per nuclei COVID e NON COVID
- tutte le stanze, singole o doppie, sono dotate di buona ventilazione, attrezzate per disabili e servite da un bagno esclusivo completamente privo di barriere architettoniche;
- i pasti potranno essere serviti individualmente presso la stanza dell'ospite (con vassoio personalizzato e posate monouso);
- tutti gli ambienti e le stanze saranno sanificati due volte al giorno (1 passaggio la mattina ed 1 il pomeriggio);
- servizio giornaliero di lavoio e di biancheria piana;
- addestramento di tutto il personale al corretto utilizzo dei DPI e assicurazione della corretta fornitura dei medesimi DPI;

- collegamenti funzionali con i servizi territoriali di sanità pubblica e con i MMG.

In caso di presenza di pochi casi di infezione, al piano rialzato sarà presente un'area contumaciale dotata di n°4 letti tecnici, servizi igienici dedicati e locali per il personale ivi impiegato, nel quale trasferire i pazienti infetti dai reparti.

Programmi di prevenzione del Rischio Clinico

Una particolare attenzione verrà inoltre riservata alla introduzione di programmi di prevenzione del Rischio Clinico, riferiti prevalentemente alla tipologia dei rischi a cui possono essere esposti gli ospiti durante il loro soggiorno nella Struttura.

In sintesi, nel rispetto della Legge n.24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) e della Determinazione della Regione Lazio G00643 del 25/01/2022 – “Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”, verrà attivata nella struttura la funzione di Risk Management al fine di perseguire la sicurezza delle cure, dei paziente e degli operatori, anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale in idonei interventi formativi.

L'appropriatezza assistenziale ed organizzativa verrà ricercata implementando nella RSA le raccomandazioni ministeriali finalizzate al contenimento degli eventi avversi, con particolare attenzione a quelli che, ad esempio, possono maggiormente interessare la Struttura, data la tipologia dei trattamenti erogati e le caratteristiche degli ospiti presi in carico:

- a) Prevenzione e gestione del rischio cadute
- b) Gestione delle protezioni personali (mezzi di contenzione)
- c) Corretta identificazione del paziente
- d) Preparazione e somministrazione della terapia farmacologica – gestione farmaci
- e) Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione

Caratteristiche della struttura e misura per il rispetto dei requisiti minimi di legge

Il complesso edilizio è articolato su 5 piani interamente destinati alla RSA, ad esclusione del solo terzo piano (p. mansarda) ad uso privato della proprietà, ed è completamente circondato

da un ampio giardino, con oltre 40 posti auto al coperto e possibilità di aree attrezzate per le attività dei pazienti.

Oltre al necessario soddisfacimento degli standard di legge (DPCM 22.12.1989, DPR 07.04.1994, L.R. 04/2003; DCA 8/2011, DCA 99/2012, DCA U00073/2016, R.R. 20/2019), il e ai servizi situati ai piani inferiori.

La distribuzione dei moduli operativi/nuclei è quindi la seguente:

Pianto terra – modulo per il mantenimento diurno in regime semiresidenziale (10pl)

area contumaciale con letti tecnici per l'isolamento di pazienti infetti progetto tiene conto delle specifiche esigenze dei moduli operativi, dedicando i due piani superiori dell'edificio alle attività residenziali che potranno mantenere in questo modo una maggior riservatezza, rispetto all'attività diurna

Piano primo – modulo di RSA tipo R3 per cure residenziali di mantenimento (20 pl)

Modulo di tipo R2 per cure residenziali estensive (19 pl)

Piano secondo - moduli di RSA tipo R2 per cure residenziali estensive (20 + 17 pl)

La distribuzione e destinazione funzionale dei locali all'interno della struttura è dettagliatamente illustrata negli elaborati grafici del progetto; di seguito in forma schematica si riporta la distribuzione dei servizi generali:

Piano interrato

- palestra con area per attività specifiche di riabilitazione
- depositi separati biancheria pulita e sporca privi di interferenze nei percorsi
- cappella per assistenza religiosa
- camera mortuaria con sala dolenti
- spogliatoi per il personale, distinti per
- servizi all'ospite (barbiere, estetista, ecc.)
- sala mensa (86 posti) e annessi locali per scarico e sporzionamento dei pasti
- servizi igienici
- deposito attrezzature e carrozzine
- magazzini e locali tecnici

uomini e donne, con annesso doccia e servizi igienici • autorimessa con accesso esterno tramite rampe

Piano rialzato

- hall di ingresso con area accettazione-accoglienza
- ufficio del medico responsabile
- bar
- servizi igienici accessibili ai portatori di handicap
- studi medici a supporto dell'attività di RSA
- uffici di segreteria e amministrazione

I percorsi verticali della struttura comprendono 1 montalettighe, 2 copri scala e ascensori e 2 scale di emergenza.

Tutti i piani dell'edificio sono raggiungibili mediante scale e ascensori, con percorsi distinti destinati ai vari moduli operativi.

Tutte le camere di degenza, singole o doppie, hanno servizi igienici con accesso diretto dalla camera, conformati ed attrezzati per la non autosufficienza e privi di barriere architettoniche.

Le dimensioni delle superfici utili funzionali previste per tutti gli ambienti rispettano gli standard dimensionali prescritti dalla normativa vigente.

Negli ambienti destinati al soggiorno e nelle aree di degenza è assicurata l'illuminazione ed una adeguata aerazione naturale mediante finestre.

La struttura inoltre è dotata di impianto di climatizzazione.

L'impianto elettrico della struttura è perfettamente a norma secondo il D.M. 37/2008.

L'altezza minima netta dei piani è sempre maggiore di 2,7 m (2.4 m nei corridoi e servizi igienici).

Gli ambienti della struttura sono illuminati nel rispetto delle specifiche destinazioni e dei valori minimi previsti dalla normativa.

Nelle camere di degenza è possibile un idoneo oscuramento.

Le tecniche costruttive per le pareti interne ed esterne, i solai, i pavimenti ed i soffitti sono tali da offrire un adeguata protezione acustica dai rumori.

Le pareti dei locali destinati ad attività sanitaria sono rivestite con materiali resistenti al lavaggio ed alla disinfezione e provviste di idonea zoccolatura.

Nell'ambito della struttura sono stati individuati percorsi distinti per il materiale pulito e sporco.

Nella struttura è assicurata, inoltre, l'accessibilità conforme alle disposizioni di legge in materia di eliminazione delle barriere architettoniche.

La struttura rispetta tutte le disposizioni in materia di sicurezza antincendio e antisismica.

Inoltre, tutte le ulteriori prescrizioni contenute nella normativa specifica nazionale e regionale, ancorchè non espressamente richiamate nella presente relazione, sono rispettate (requisiti generali, strutturali, tecnologici e organizzativi).

Normativa di Riferimento

- ° DPCM 22.12.1989 – “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali”
- ° DPR 07.04.1994 – “Approvazione del progetto- obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996”
- ° Regione Lazio: DPCA U0090/2010 – “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”
- ° Regione Lazio: DPCA U0008/2011 – “Modifica dell’Allegato 1 al Decreto del commissario ad Acta DCA U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 – Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”.
- ° Regione Lazio: DCA U0099/2012 – “Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U008/2011.
Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi. Approvazione documenti tecnici comparativi”
- ° Regione Lazio: DCA U0039/2012 – “Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”.
- ° Regione Lazio: DCA U00073/2016 – “Revoca del DPCA n.U00105 del 9.4.2013.
Approvazione dei requisiti minimi dell’assistenza territoriale residenziale riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane”.

- °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”
- °Legge n.24 dell’8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
- °Regione Lazio DCA U00187/2017 – “Disciplina del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, in attuazione del DCA U00098/2016”
- °Regione Lazio: DCA U00258/19 – “Piano per il potenziamento delle reti territoriali – Adozione documento tecnico”
- °Regione Lazio DCA U00471/2019 – “DCA n.U00098/2016 e DCA n.U00187/2017.
Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane. Ricognizione delle istanze di accreditamento istituzionale, ai sensi del DCA n.U00016 del 18 gennaio 2018. Avvio delle procedure ai sensi del DCA n.U00258 del 4 luglio 2019”
- °Determinazione della Regione Lazio G00643 del 25/01/2022 – “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)

Roma, 17.11.2025

San Vitaliano Srl
Villa Tagliaferri
il Medico Responsabile
Dott.ssa Elisabetta Di Pangrazio

