



# **LA RESIDENZIALITÀ: TRA PRESENTE E FUTURO**

**Report Luglio 2020**

*(a cura del Dipartimento Ricerca e Formazione FNP CISL LIGURIA)*

## Presentazione

Cari amiche e cari amici,

l'avvento del Covid e della conseguente pandemia hanno messo a nudo, se ce ne fosse stato bisogno, tutti i limiti e le carenze del sistema sociosanitario nazionale.

Le riforme, in larga parte regionali, hanno teso molto più a ridimensionare i servizi territoriali e a ridurre i posti letto piuttosto che un effettivo intervento di riforma del sistema. Per questi motivi abbiamo affidato al nostro Dipartimento Ricerca e Formazione il compito di elaborare un rapporto sul tema che come FNP ci ha toccato più da vicini e che ha provocato la maggior parte dei decessi.

Oggi grazie al lavoro svolto, siamo in grado di fornire i risultati di questo prezioso lavoro, affinché possano servire da base non solo per noi ma per la CISL tutta nelle auspicabili e necessarie sedi negoziali in cui ci troveremo a discutere.

Un grazie sincero ad Elena, Calogero, Entela.

**Il Segretario Regionale Generale FNP Liguria**

Sergio MIGLIORINI



# Indice

## A) Strutture per anziani: analisi e confronto dei dati nazionali e regionali

### 1. Le strutture residenziali per anziani in Italia. Il quadro nazionale di riferimento (dati 2018)

- a) Quadro bibliografico del materiale utilizzato
- b) Strutture residenziali per tipo di gestione
- c) Le strutture residenziali in Liguria (2018)
- d) Strutture non residenziali per anziani (centri diurni ect)
- e) Posti letto
- f) Posti letto/1000 anziani
- g) Numero ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari (dati ISTAT 2016)

### 2. Residenze per anziani in Liguria (2020)

- a) Strutture residenziali e semiresidenziali in Liguria per tipologia (pubblico, privato, terzo settore)
- b) Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani: accreditate e non accreditate, funzioni e posti letto (tab.2)
- c) I posti letto nelle strutture per anziani rispetto alla popolazione oltre 65 in Liguria (tab.3)

## B) Aspettando il cambiamento: proposte per una riforma.

## C) Allegati

**Allegato 1:** SCHEMA DETTAGLIATO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ASL1, ASL2, ASL3, ASL 4, ASL5.

**Allegato 2:** APPENDICE INTRODUZIONE “ASPETTANDO IL CAMBIAMENTO”

**Allegato 3:** NAZIONALE E REGIONALE: STRUTTURE PER ANZIANI, PER PERSONE CON DISABILITA’ E PERSONE CON DISAGIO PSICHICO

## A) Strutture per anziani: analisi e confronto dei dati nazionali e regionali

### 1) LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI IN ITALIA

*Il quadro nazionale di riferimento (dati 2018)*

L'elaborato raccoglie il lavoro di approfondimento condotto dal **Dipartimento Ricerca e Formazione FNP CISL LIGURIA** sulle residenze extraospedaliere per anziani.

**La prima parte** prospetta il quadro di riferimento nazionale che permette di confrontare l'assetto ligure con quello di altre regioni utilizzando i dati ISTAT, I.S.S. e Ministero Interni (dati 2018).

**La seconda parte** presenta una rielaborazione dell'elenco aggiornato delle strutture residenziali e semiresidenziali, presente sul sito dell'Agenzia Regionale (ALISA), che fotografa la distribuzione per ASL e l'articolazione delle residenze sul territorio regionale indicando il numero, la funzione, l'accreditamento e posti disponibili e la natura giuridica.

**La terza parte** partendo dalle criticità presenti propone gli interventi necessari per costruire una efficace infrastruttura di servizi per la non autosufficienza e la fragilità. Per un'analisi di dettaglio si rimanda all'allegato specifico.

**Gli allegati** completano i temi trattati fornendo, inoltre, un quadro sinottico della normativa nazionale e regionale di riferimento.

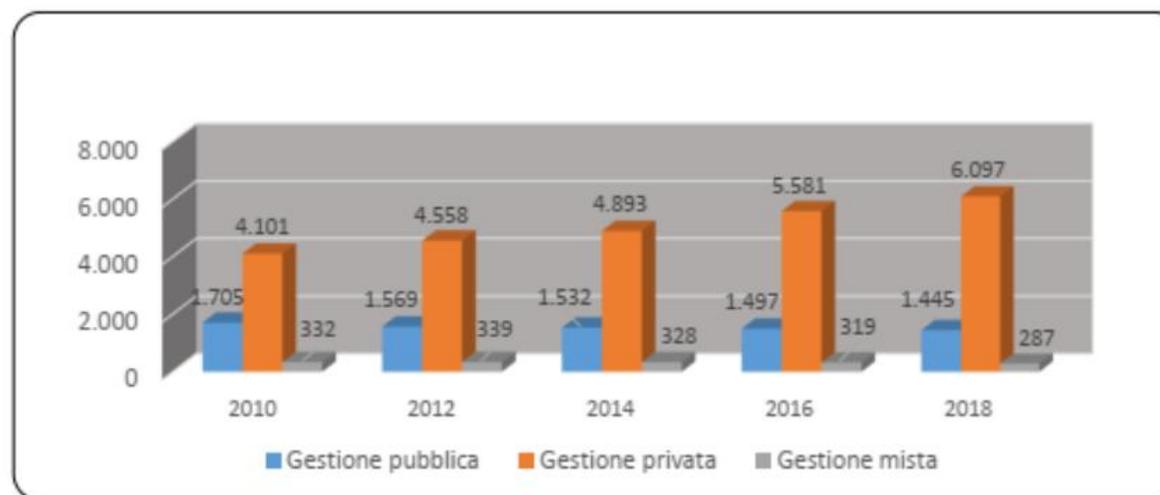
### a) Strutture residenziali per tipo di gestione

Dall'analisi dei dati inerenti al tipo di gestione, in Italia si rileva un incremento delle strutture private rispetto all'anno 2016: 6.097 rispetto alle 5.581 (+9,2%). Di contro si registra una diminuzione di quelle pubbliche (-3,5%) e di quelle miste (-10%).

Le strutture private rappresentano il 78% del totale nazionale, quelle pubbliche e quelle a gestione mista rispettivamente il 18% e il 4% (Graf.7).

I dati della regione Liguria sulle strutture residenziali per anziani, aggiornati a febbraio 2020, confermano il suddetto trend nazionale con una netta prevalenza della gestione privata.

**Graf.7 Strutture residenziali per tipo di gestione – Serie storica anni 2010 – 2018**



b) Le strutture residenziali in Liguria (2018)

**RIEPILOGO STRUTTURE LIGURI CENSITE A LIVELLO NAZIONALE  
SUDDIVISE PER PROVINCIA ANNO 2018**

**LIGURIA**

PROVINCE	STRUTTURE RESIDENZIALI			STRUTTURE NON RESIDENZIALI	
	NUMERO	POSTI LETTO	N. STRUTTURE CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	NUMERO	UTENTI
SAVONA	49	2.669	35	36	543
IMPERIA	33	2.283	25	26	2.622
LA SPEZIA	41	1.445	19	43	1.505
GENOVA	272	10.479	106	65	3.721
<b>LIGURIA</b>	<b>395</b>	<b>16.876</b>	<b>185</b>	<b>170</b>	<b>8.391</b>

Come si evince dalla tabella il numero delle strutture residenziali è 395 e il numero delle strutture non residenziali (o semiresidenziali) è 170; in totale il numero delle strutture per anziani in Liguria nel 2018 è 565.

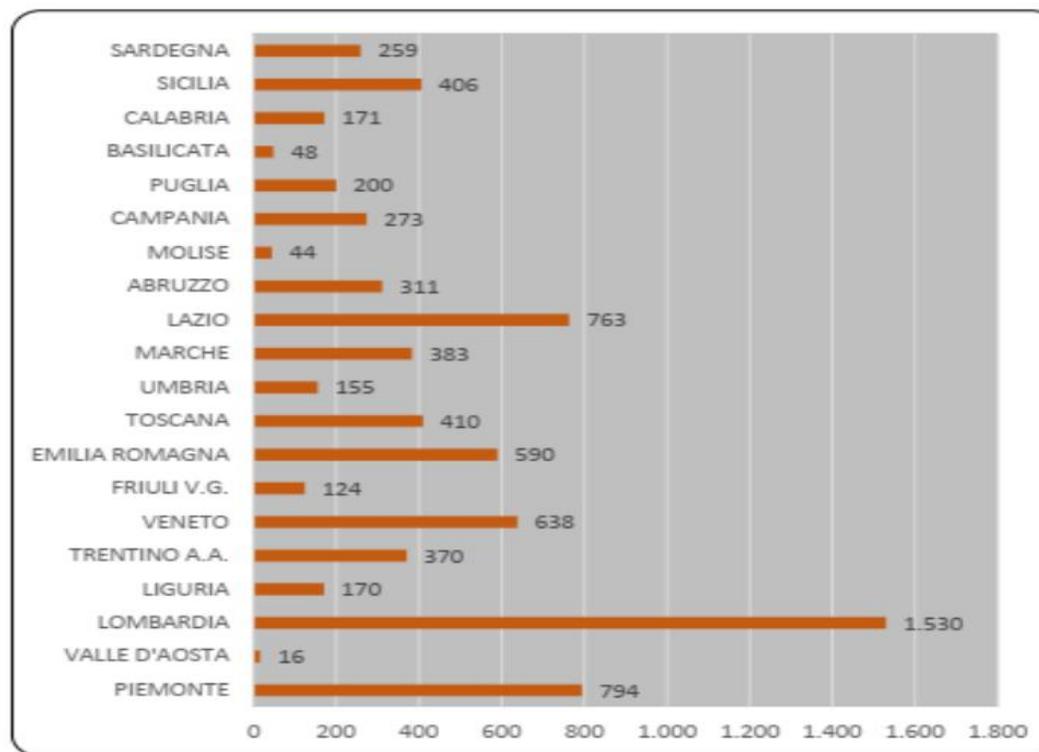
Nel 2020, secondo i dati messi a disposizione dal sito di ALISA, il numero delle strutture residenziali per anziani è 444 e il numero delle strutture non residenziali (o semiresidenziali) è 45\*; in totale il numero delle strutture per anziani in Liguria nel 2019 (file aggiornato il 06/02/2020 reperibile sul sito di ALISA) è 489\*.

*\* L'incongruenza nei dati esposti e confrontati è da attribuire alla diversa elaborazione dei dati che le varie istituzioni hanno prodotto; perciò il materiale presentato è utile in una prospettiva informativa e non comparativa. Il file reperibile sul sito di ALISA (vedi fonti) aggiornato il 06/02/2020 in alcuni passaggi è incompleto e da verifiche dirette abbiamo constatato che i dati non sono aggiornati.*

### c) Strutture non residenziali per anziani (centri diurni ect)

Nel 2018, in Italia le strutture non residenziali erano 7.655; in Liguria le strutture non residenziali sono 170 (ovvero 2,2% delle strutture non residenziali nazionali).

**Graf.9 Strutture non residenziali – anno 2018**



**Fonte: Elaborazione Uff. XI Centro Studi, Ricerca e Documentazione su dati Prefetture – UTG**

### d) Posti letto

La provincia di Torino, nel **2018**, si conferma quella con la maggiore disponibilità di posti letto, pari a 17.283 a fronte di 282 strutture; seguono le province di Milano con 14.918 posti letto e 143 strutture, **Genova 10.479 posti letto e 272 strutture**, Roma 9.906 posti letto e 481 strutture, Cuneo 9.105 posti letto e 179 strutture.

### e) Posti letto/1000 anziani

Per quel che concerne il rapporto posti letto/1000 anziani, esso registra una media nazionale pari a 19 posti letto. Le regioni che offrono una maggiore disponibilità sono, nell'ordine: Trentino Alto Adige (36), Piemonte (33), **Liguria (31)** e Friuli Venezia Giulia (30). Viceversa, le regioni che presentano una minore ricettività sono: Campania (5), Lazio e Calabria (10) e Puglia (11).

### f) Numero ospiti dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari (dati ISTAT 2016)

Numero ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ( I STAT)									
Tipo dato	numero ospiti 65 anni e oltre ( valori assoluti)								
Territorio	Liguria			ITALIA					
Seleziona periodo	2016			2016			Dati Liguria/ Italia in %		
Tipologia di disagio	anziani autosufficienti	anziani non autosufficienti	totale	anziani autosufficienti	anziani non autosufficienti	totale	anziani autosufficienti	anziani non autosufficienti	totale
Classi di età									
65-74 anni	451	741	1.192	9.650	23.287	32.937	5%	3%	4%
75-79 anni	545	1.098	1.642	9.826	27.933	37.759	6%	4%	4%
80-84 anni	1.059	2.283	3.342	15.066	46.707	61.774	7%	5%	5%
85 anni e più	1.480	4.630	6.110	27.815	124.984	152.799	5%	4%	4%
Totale	3.535	8.751	12.287	62.356	222.912	285.268	6%	4%	4%

*Le fonti utilizzate:*

- CENSIMENTO DELLE STRUTTURE PER ANZIANI ANNO 2018 (SINTESI), MINISTERO DELL'INTERNO
- ISTAT (Dataset: Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari) Dati estratti il 06 luglio 2020 da I.Stat
- ALISA ([https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=470&Itemid=382](https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=470&Itemid=382))

## 2) RESIDENZE PER ANZIANI IN LIGURIA (2020)

*I dati utilizzati per elaborare le seguenti tabelle sono reperibili sul sito di ALISA*

### a) Strutture residenziali e semiresidenziali in Liguria per tipologia (pubblico, privato, terzo settore)

Strutture residenziali e semiresidenziali per tipologia (pubblico, privato ect)						
Asl di competenza	Accreditata	Non specificato	Privato profit	Pubblico	Terzo settore	Totale complessivo
Asl1 Imperiese	NO		2	3	2	7
	SI	1	17	4	22	44
<b>Asl1 Imperiese Totale</b>		1	19	7	24	51
Asl2 Savonese	NO	1	4	2	2	9
	SI		34	5	17	56
<b>Asl2 Savonese Totale</b>		1	38	7	19	65
Asl3 Genovese	NO		74	1	24	99
	SI	1	106	8	46	161
<b>Asl3 Genovese Totale</b>		1	180	9	70	260
Asl4 Chiavarese	NO	2	21	4	15	42
	SI		22	3	11	36
<b>Asl4 Chiavarese Totale</b>		2	43	7	26	78
Asl5 Spezzino	NO		2	4	1	7
	SI		16	3	9	28
<b>Asl5 Spezzino Totale</b>			18	7	10	35
<b>Totale complessivo</b>		<b>5</b>	<b>298</b>	<b>37</b>	<b>149</b>	<b>489</b>

Tabella 1

\*\*La categoria “Strutture residenziali” include le strutture per anziani con la seguente funzione: Ambiente protesico - nucleo Alzheimer, Comunità Alloggio per anziani, Funzione di RSA di mantenimento, RP, RSA di mantenimento e RSA Post-acuti. La categoria “Strutture semiresidenziali” include: I centri diurni di I° livello e I centri diurni di II° livello.

Tabella 2: Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani: accreditate e non accreditate, funzioni e posti letto

<b>Strutture Residenziali e Semiresidenziali per Anziani Regione Liguria</b> (ALISA 06/02/2020)													
Asl di competenza	funzione	Accred. NO				Accred. SI				N° Strutture Resid. Tot.	Posti Letto Resid. Tot.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires. Tot.
		N° Strutture Resid.	Posti Letto Resid.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.	N° Strutture Resid.	Posti Letto Resid.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.				
<b>Asl1 Imperiese</b>	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	20			1	20	0	0
	Centri diurni 1° livello			2	17					0	0	2	17
	Centri diurni 2° livello			1	15					0	0	1	15
	Comunità Alloggio per anziani	2	33							2	33	0	0
	Funzione di RSA di mantenim.					5	188			5	188	0	0
	RP	2	51			16	777			18	828	0	0
	RSA di mantenimento					18	933			18	933	0	0
RSA Post-acuti					4	85			4	85	0	0	
<b>Asl1 Imperiese Totale</b>		4	84	3	32	44	2.003			48	2.087	3	32
<b>Asl2 Savonese</b>	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	40			1	40	0	0
	Centri diurni 1° livello			1	10					0	0	1	10
	Comunità Alloggio per anziani	3	56							3	56	0	0
	RP	4	90			38	1.969			42	2.059	0	0
	RSA di mantenimento					12	382			12	382	0	0
	RSA Post-acuti					5	187			5	187	0	0
<b>Asl2 Savonese Totale</b>		7	146	1	10	56	2.578			63	2.724	1	10
<b>Asl3 Genovese</b>	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					5	131	1	4	5	131	1	4
	Centri diurni 1° livello			12	238					0	0	12	238
	Centri diurni 2° livello			8	210					0	0	8	210
	Comunità Alloggio per anziani	39	456	12	116					39	456	12	116
	Funzione di RSA di mantenim.	5	124			35	1.155			40	1.279	0	0
	RP	21	595	2	108	67	1.921	2	45	88	2.516	4	153
	RSA di mantenimento	1	10			41	1.705			42	1.715	0	0
	RSA Post-acuti					12	392			12	392	0	0
<b>Asl3 Genovese Totale</b>		66	1.185	34	672	160	5.304	3	49	226	6.489	37	721

<b>Asl4 Chiavarese</b>	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	20			1	20	0	0
	Centri diurni 1° livello			6	97					0	0	6	97
	Centri diurni 2° livello			8	112					0	0	8	112
	Comunità Alloggio per anziani	8	93							8	93	0	0
	Funzione di RSA di mantenim.					1	25			1	25	0	0
	RP	13	291			15	215			28	506	0	0
	RSA di mantenimento	7	208			17	630			24	838	0	0
	RSA Post-acuti					2	84			2	84	0	0
<b>Asl4 Chiavarese Totale</b>		28	592	14	209	36	974			64	1.566	14	209
<b>Asl5 Spezzino</b>	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					2	25			2	25	0	0
	Centri diurni 1° livello			1	10			1	100	0	0	2	110
	Centri diurni 2° livello			2	21					0	0	2	21
	Comunità Alloggio per anziani	1	7							1	7	0	0
	Funzione di RSA di mantenim.					2	64			2	64	0	0
	RP					9	171			9	171	0	0
	RSA di mantenimento	1	20			11	501			12	521	0	0
	RSA Post-acuti					3	42			3	42	0	0
<b>Asl5 Spezzino Totale</b>		2	27	3	31	27	803	1	100	29	830	4	131
<b>Totali</b>		107	2.034	55	954	323	11.662	4	149	430	13.696	59	1.103

\* Per quanto riguarda l'accreditamento, in particolare per le strutture semiresidenziali, i dati non sempre risultano aggiornati

Tabella 3: I posti letto nelle strutture per anziani rispetto alla popolazione oltre 65 in Liguria

	<b>ASL 1</b>	<b>ASL2</b>	<b>ASL 3</b>	<b>ASL 4</b>	<b>ASL 5</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Popolazione +65</b>	59.932	59.000	198.992	42.192	60.235	420.351
<b>Posti letto in strutt. acc. e non acc. per anziani</b>	2.119	2.734	7.210	1.775	961	14.799
<b>% Posti letto su Pop +65</b>	3,54%	4,63%	3,62%	4,21%	1,60%	3,52%

## B) Aspettando il cambiamento: proposte per una riforma del settore

L'emergenza legata alla diffusione del coronavirus ha reso ancora **più urgente il ripensamento delle filiere assistenziali residenziali e domiciliari, che vada oltre la ricostruzione dell'esistente, verso un nuovo sistema integrato.**

Da anni l'FNP-CISL cerca di ragionare con famiglie, associazioni, operatori e amministratori, per fare evolvere i servizi e, nel contempo, per far comprendere i temi che stanno alla base di questa indispensabile evoluzione.

Da anni, il Sindacato sollecita inutilmente un dialogo con le amministrazioni regionale e comunale per quanto riguarda le misure e gli interventi adottati e da adottare nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria degli anziani e delle persone fragili.

**Una premessa a sfondo etico prima di indicare i punti di un possibile confronto.**

In una prima fase dell'epidemia il fatto che le persone anziane fossero le più colpite con esiti letali è stato accettato, per alcuni, come inevitabile, stiano in un "ordine naturale delle cose"; per altri, il prezzo necessario da pagare per ottenere una sufficiente immunità di gregge.

Col dilagare del Covid tutto è cambiato. I medici impegnati a prolungare a ogni costo la vita di questi pazienti sono diventati «gli eroi in camice bianco». I respiratori meccanici, che prima erano «macchine che prolungavano artificialmente e inutilmente una vita non degna», sono diventate apparecchiature essenziali, da comperare a ogni costo. Che cosa è cambiato? Che quel vecchio pluri-malato in terapia intensiva, non era più un caso medico lontano e astratto, ma poteva essere sostituito da ciascuno di noi. E , per la prima volta la domanda: «È meglio

staccare la spina?», non è apparsa come esercizio astratto di riflessione, per persone lontane e anonime. Ciascuno per sé è attaccato alla vita e vorrebbe che tutti lottassero per salvaguardargliela.

Queste considerazioni apparentemente provocatorie, sono utili per orientare ad una diversa e maggiore attenzione alle esigenze delle persone anziane, nelle diverse condizioni di fragilità e a renderci consapevoli **che il valore della dignità umana è senza età.**

### UNA ROAD-MAP PER NON CONCLUDERE, MA INIZIARE

Per quanto riguarda l'analisi delle criticità, delle quali finalmente la politica si è accorta, e da cui partire per una riforma del settore (e più in generale de SSN/SSR) si rimanda all'**allegato 2 – B.**

Di seguito una traccia di nuove azioni possibili grazie anche alle nuove risorse che si renderanno disponibili:

1. **Ridefinire il ruolo delle residenze per anziani.** È necessario definirle in modo più preciso, almeno per quanto riguarda l'intensità e la qualità delle cure da prestare sul piano clinico e rispetto alle azioni da compiere aprendosi al territorio;
2. **Rimodulare il sistema di accreditamento** nell'ottica del punto precedente con particolare riferimento agli standard assistenziali prevedendo una pianta organica quali-quantitativa adeguata ai bisogni assistenziali presenti e che si vanno via via delineando, abbandonando pertanto l'inefficiente sistema del minutaggio assistenziale calcolato sulla base dei posti letto;

3. **Il sistema tariffario** è conseguenza degli assetti (ri)definiti. La quota sanitaria va aggiornata e adeguata alla tipologia degli ospiti presenti, mentre quella alberghiera va ritarrata sugli effettivi servizi prestati e regolamentare la compartecipazione alla spesa degli utenti in modo più sostenibile rimodulando gli interventi a sostegno della regione e dei comuni e i dei fondi dedicati alla fragilità e alla non autosufficienza;

4. Recuperare una nuova e appropriata **domanda di cure domiciliari:**

- *per sostenere oggi i problemi della contagiosità e domani (ma anche oggi) per assistere anziani non-autosufficienti, con co-morbilità e con fragilità accentuate*
- *per sostenere la continuità di cure a casa dopo dimissione ospedaliera, riacutizzazione/aggravamento di patologie croniche.*

La carta vincente del futuro, nella logica del “rinascimento” del SSN/SSR con “più territorio meno ospedale”, è creare contiguità e continuità razionale tra i setting di cura domiciliare/territoriale (casa, MMG, UVG, ADI, specialistica ambulatoriale e residenza extra-ospedaliera) e tra questi e l’ospedale.

5. **La gestione delle cure domiciliari (home care)** va affidata a solide strutture organizzative tarate su una vocazione territoriale con ben chiari mandati e risorse: i distretti socio-sanitari, nella nostra visione, rappresentano uno snodo delle temi affrontati;

6. **L’anello di congiunzione** tra la persona anziana e i servizi della rete domiciliare a partire dal MMG potrebbe essere la figura delineata dal patto per la salute 2019-

2021. Tale patto per promuovere una migliore accessibilità all’assistenza socio-sanitaria e garantire la presa in carico delle persone ha introdotto **la figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)**. La Asl 2, nel distretto sanitario delle Bormide ha avviato una sperimentazione nel settembre 2019 in tal senso. A parte alcuni dati pubblicati su riviste specializzate, sarebbe interessante sapere le risultanze della sperimentazione in corso e la possibilità di replicarla in altri contesti del territorio regionale;

7. **Introdurre ICT** che attraverso strumenti quali: cartella clinica elettronica, dispositivi per il controllo remoto di parametri vitali e strumenti per il tele supporto (teleconsultazione-tele Diagnostica) possono essere di grande aiuto per supportare la domiciliarità;

8. È importante avviare una seria discussione **sulle esigenze formative del personale:** dal medico che troppo spesso è estraneo alle logiche di cura di lunga durata; agli infermieri che possono e debbono assumere ruoli di maggiore autonomia e rilievo; agli OSS, la vera struttura portante nelle residenze che meriterebbero maggiori attenzioni e riconoscimenti.

Alcune considerazioni finali:

- a. La residenzialità e la domiciliarità, a nostro avviso sono **due facce della stessa medaglia**; ci si concentra, spesso, unicamente sui finanziamenti denunciando la loro insufficienza; ma *l’aspetto delle risorse, seppur importante, rappresenta solo metà del problema, l’altra metà riguarda i modelli di intervento*;
- b. Posto di aver risolto il nodo del contenuto (rete dei servizi territoriali) e del contenitore (distretto socio-sanitario)

**resta aperto quello del contesto: la casa** dove sarebbe opportuno intervenire per adeguare gli alloggi delle persone anziane con disabilità che devono affrontare prolungati momenti di vita difficile;

- c. Rispetto alla pandemia, negli stati dove esiste una **Welfare caratterizzato da una forte Governance**

**pubblica** si sono ottenuti risultati di contenimento dei danni maggiore rispetto ai paesi che non presentavano un sistema debole Welfare o centrato su sistemi di tutela assicurativa privata (USA).

## ALLEGATI

**Allegato 1: SCHEMA DETTAGLIATO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ASL1, ASL2, ASL3, ASL4, ASL5.**

**Allegato 2: APPENDICE INTRODUZIONE “ASPETTANDO IL CAMBIAMENTO”**

**Allegato 3: NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE: STRUTTURE PER ANZIANI, PER PERSONE CON DISABILITA' E/O DISAGIO PSICHICO**

**Allegato 1: SCHEMA DETTAGLIATO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ASL1, ASL2, ASL3, ASL 4, ASL5.**

<b>Asl 1 Imperiese</b>													
<b>comune</b>	<b>funzione</b>	<b>Accred. NO</b>				<b>Accred. SI</b>				<b>N° Strutture Resid. Tot.</b>	<b>Posti Letto Resid. Tot.</b>	<b>N° Strutture Semires.</b>	<b>Posti Letto Semires. Tot.</b>
		<b>N° Strutture Resid.</b>	<b>Posti Letto</b>	<b>N° Strutture Semires.</b>	<b>Posti Letto Semires.</b>	<b>N° Strutture Resid.</b>	<b>Posti Letto Resid.</b>	<b>N° Strutture Semires.</b>	<b>Posti Letto Semires.</b>				
APRICALE	RP					1	32			1	32	0	0
BAJARDO	Comunità Alloggio per anziani	1	14							1	14	0	0
BORDIGHERA	RSA di mantenimento					1	54			1	54	0	0
BORGHETTO D'ARROSCIA	RP					1	70			1	70	0	0
BORGOMARO	RP					1	60			1	60	0	0
	RSA di mantenimento					1	20			1	20	0	0
DIANO CASTELLO	RP					1	25			1	25	0	0
	RSA di mantenimento					1	8			1	8	0	0
DIANO MARINA	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	20			1	20	0	0
	RP					1	166			1	166	0	0
	RSA di mantenimento					1	28			1	28	0	0
DOLCEACQUA	Funzione di RSA di mantenim.					1	67			1	67	0	0
DOLCEDO	Centri diurni 1° livello			1	5					0	0	1	5
	RP					1	25			1	25	0	0
IMPERIA	Comunità Alloggio per anziani	1	19							1	19	0	0
	RP					2	76			2	76	0	0
	RSA di mantenimento					3	161			3	161	0	0
	RSA Post-acuti					1	25			1	25	0	0
PERINALDO	RP					1	22			1	22	0	0
PIEVE DI TECO	RP					1	41			1	41	0	0
	RSA di mantenimento					1	43			1	43	0	0
	RSA Post-acuti					1	20			1	20	0	0

PIGNA	RP					1	13			1	13	0	0
	RSA di mantenimento					1	33			1	33	0	0
PONTEDASSIO	Funzione di RSA di mantenim.					1	22			1	22	0	0
	RP					1	39			1	39	0	0
RIVA LIGURE	RSA di mantenimento					1	53			1	53	0	0
SAN BARTOLOMEO AL MARE	Funzione di RSA di mantenim.					1	14			1	14	0	0
SANREMO	Centri diurni 1° livello			1	12					0	0	1	12
	Funzione di RSA di mantenim.					1	20			1	20	0	0
	RP	1	21			3	168			4	189	0	0
	RSA di mantenimento					4	318			4	318	0	0
	RSA Post-acute					1	20			1	20	0	0
SANTO STEFANO AL MARE	RP	1	30							1	30	0	0
TAGGIA	RP					1	40			1	40	0	0
	RSA di mantenimento					2	104			2	104	0	0
VALLECROSIA	RSA di mantenimento					1	78			1	78	0	0
VENTIMIGLIA	Centri diurni 2° livello			1	15					0	0	1	15
	Funzione di RSA di mantenim.					1	65			1	65	0	0
	RSA di mantenimento					1	33			1	33	0	0
	RSA Post-acute					1	20			1	20	0	0
<b>Totali</b>		<b>4</b>	<b>84</b>	<b>3</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>2003</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>2087</b>	<b>3</b>	<b>32</b>

**Asl 2 Savonese**

comune	funzione	Accred. NO				Accred. SI				N° Strutture Resid. Tot.	Posti Letto Resid. Tot.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires. Tot.
		N° Strutture Resid.	Posti Letto	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.	N° Strutture Resid.	Posti Letto Resid.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.				
ALASSIO	RP					2	69			2	69		
ALBENGA	RP	1	0			1	54			2	54		
	RSA di mantenimento					1	50			1	50		
	RSA Post-acuti					1	30			1	30		
ALBISOLA SUPERIORE	RP					3	140			3	140		
ALBISSOLA MARINA	RP	1	25							1	25		
ALTARE	RP					1	65			1	65		
ANDORA	RSA di mantenimento					1	20			1	20		
BARDINETO	RP					1	55			1	55		
BORGHETTO SANTO SPIRITO	RP					2	81			2	81		
	RSA di mantenimento					1	30			1	30		
CAIRO MONTENOTTE	RP					1	25			1	25		
CALICE LIGURE	RP					1	42			1	42		
CALIZZANO	RP					1	68			1	68		
CARCARE	RP					1	60			1	60		
	RSA di mantenimento					1	20			1	20		
CELLE LIGURE	Comunità Alloggio per anziani	1	39							1	39		
	RP					1	70			1	70		
CENGIO	RP					1	48			1	48		
CERIALE	RP					1	46			1	46		
	RSA di mantenimento					1	22			1	22		
FINALE LIGURE	RP					1	44			1	44		
	RSA di mantenimento					1	44			1	44		
GIUSTENICE	RP					1	50			1	50		
LAIGUEGLIA	RP					2	70			2	70		
LOANO	RP					1	72			1	72		
MILLESIMO	RP					1	44			1	44		
	RSA di mantenimento					1	31			1	31		
	RSA Post-acuti					1	20			1	20		

NOLI	RP					1	44			1	44		
PIETRA LIGURE	RP					1	43			1	43		
PONTINVREA	RP					1	6			1	6		
QUILIANO	RP	1	40							1	40		
SASSELLO	RP					1	80			1	80		
SAVONA	Centri diurni 1° livello												
	Comunità Alloggio per anziani	2	17							2	17		
	RP					5	281			5	281		
	RSA di mantenimento					2	58			2	58		
	RSA Post-acuti					2	97			2	97		
SPOTORNO	RP	1	25			1	63			2	88		
VADO LIGURE	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	40			1	40		
	RP					2	180			2	180		
	RSA di mantenimento					2	80			2	80		
VARAZZE	Centri diurni 1° livello			1	10							1	10
	RP					3	169			3	169		
	RSA di mantenimento					1	27			1	27		
	RSA Post-acuti					1	40			1	40		
<b>Totali</b>		<b>7</b>	<b>146</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>56</b>	<b>2578</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	<b>2724</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

### Asl 3 Genovese

comune	funzione	Accred. NO				Accred. SI				N° Strutture Resid. Tot.	Posti Letto Resid. Tot.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires. Tot.
		N° Strutture Resid.	Posti Letto	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.	N° Strutture Resid.	Posti Letto Resid.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.				
ARENZANO	RP RSA di mantenimento					1	42			1	42		
						1	32			1	32		
BOGLIASCO	Centri diurni 2° livello RP RSA di mantenimento			1	20							1	20
						1	17			1	17		
BUSALLA	RP RSA di mantenimento					1	30			1	30		
						2	28			2	28		
CAMOGLI	RP					2	21			2	21		
CAMPO LIGURE	RP RSA di mantenimento					1	37			1	37		
						2	28			2	28		
CAMPOMORONE	RP RSA di mantenimento					2	20			2	20		
						1	25			1	25		
COGOLETO	Centri diurni 1° livello			1	15							1	15
	Funzione di RSA di mantenim.					1	12			1	12		
	RP					1	44			1	44		
DAVAGNA	RP					2	36			2	36		
GENOVA	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					4	116	1	4	4	116	1	4
	Centri diurni 1° livello			11	223							11	223
	Centri diurni 2° livello			7	190							7	190
	Comunità Alloggio per anziani	39	456	12	116					39	456	12	116
	Funzione di RSA di mantenim.	5	124			33	1118			38	1242		
	RP RSA di mantenimento	17	495	2	108	42	1173	2	45	59	1668	4	153
	RSA Post-acuti	1	10			27	1452			28	1462		
						11	382			11	382		

ISOLA DEL CANTONE	RP					1	54			1	54		
	RSA di mantenimento					1	16			1	16		
LUMARZO	RP					1	37			1	37		
MASONE	RP					1	30			1	30		
	RSA di mantenimento					1	13			1	13		
MELE	RSA di mantenimento					1	24			1	24		
MIGNANEGO	Funzione di RSA di mantenim.					1	25			1	25		
	RP	1	17			1	22			2	39		
MONTOGGIO	RP					2	78			2	78		
PIEVE LIGURE	RP	1	25							1	25		
RECCO	RP					1	39			1	39		
	RSA di mantenimento					1	15			1	15		
ROSSIGLIONE	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	15			1	15		
	RP					1	18			1	18		
	RSA di mantenimento					2	43			2	43		
	RSA Post-acuti					1	10			1	10		
ROVEGNO	RP					1	11			1	11		
	RSA di mantenimento					1	14			1	14		
SANT'OLCESE	RP					2	78			2	78		
	RSA di mantenimento					1	25			1	25		
SORI	RP	1	24			1	23			2	47		
TIGLIETO	RP					1	24			1	24		
TORRIGLIA	RP					1	77			1	77		
USCIO	RP	1	34							1	34		
<b>Totali</b>		<b>66</b>	<b>1185</b>	<b>34</b>	<b>672</b>	<b>160</b>	<b>5304</b>	<b>3</b>	<b>49</b>	<b>226</b>	<b>6489</b>	<b>37</b>	<b>721</b>

### Asl 4 Chiavarese

comune	funzione	Accred. NO				Accred. SI				N° Strutture Resid. Tot.	Posti Letto Resid. Tot.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires. Tot.
		N° Strutture Resid.	Posti Letto	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.	N° Strutture Resid.	Posti Letto Resid.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.				
BORZONASCA	Comunità Alloggio per anziani	1	14							1	14		
	RP	1	56							1	56		
CARASCO	RP	1	22							1	22		
	RSA di mantenimento	1	32							1	32		
CARRO	RP					2	14			2	14		
	RSA di mantenimento					2	30			2	30		
CASARZA LIGURE	RP	1	20							1	20		
CASTIGLIONE CHIAVARESE	RP					1	11			1	11		
	RSA di mantenimento					1	40			1	40		
CHIAVARI	Centri diurni 1° livello			1	10							1	10
	Centri diurni 2° livello			1	15							1	15
	Comunità Alloggio per anziani	3	31							3	31		
	RP	2	52			2	27			4	79		
	RSA di mantenimento	2	56			2	71			4	127		
	RSA Post-acuti					2	84			2	84		
CICAGNA	Comunità Alloggio per anziani	1	9							1	9		
COGORNO	Centri diurni 1° livello			1	15							1	15
COREGLIA LIGURE	RP	1	7							1	7		
FAVALE DI MALVARO	RP					1	15			1	15		
	RSA di mantenimento					1	15			1	15		
LAVAGNA	RP	2	76							2	76		
	RSA di mantenimento					1	124			1	124		
LORSICA	RP	1	10							1	10		
MEZZANEGO	Comunità Alloggio per anziani	1	15							1	15		
MONEGLIA	Comunità Alloggio per anziani	1	15							1	15		
	RP	1	25							1	25		
NE	RP					1	10			1	10		
	RSA di mantenimento					1	15			1	15		

NEIRONE	RP	1	12							1	12		
	RSA di mantenimento	1	20							1	20		
RAPALLO	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	20			1	20		
	Centri diurni 2° livello			1	10							1	10
	Funzione di RSA di mantenim.					1	25			1	25		
	RP					4	58			4	58		
	RSA di mantenimento					5	180			5	180		
REZZOAGLIO	Comunità Alloggio per anziani	1	9							1	9		
SANTA MARGHERITA LIGURE	Centri diurni 1° livello			1	12							1	12
	Centri diurni 2° livello			1	8							1	8
	RP	1	6							1	6		
	RSA di mantenimento	1	15							1	15		
SANTO STEFANO D'AVETO	Centri diurni 2° livello			1	5							1	5
	RSA di mantenimento					1	25			1	25		
SESTRI LEVANTE	Centri diurni 1° livello			2	50							2	50
	Centri diurni 2° livello			2	50							2	50
	RP	1	5			3	58			4	63		
	RSA di mantenimento	2	85			1	68			3	153		
TRIBOGNA	Centri diurni 2° livello			2	24							2	24
	RSA di mantenimento					1	25			1	25		
ZOAGLI	Centri diurni 1° livello			1	10							1	10
	RP					1	22			1	22		
	RSA di mantenimento					1	37			1	37		
<b>Totali</b>		<b>28</b>	<b>592</b>	<b>14</b>	<b>209</b>	<b>36</b>	<b>974</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>64</b>	<b>1566</b>	<b>14</b>	<b>209</b>

### Asl 5 Spezzino

comune	funzione	Accred. NO				Accred. SI				N° Strutture Resid. Tot.	Posti Letto Resid. Tot.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires. Tot.
		N° Strutture Resid.	Posti Letto	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.	N° Strutture Resid.	Posti Letto Resid.	N° Strutture Semires.	Posti Letto Semires.				
BORGHETTO DI VARA	RP					1	23			1	23		
BRUGNATO	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	10			1	10		
	RSA di mantenimento					2	184			2	184		
	RSA Post-acuti					1	4			1	4		
LA SPEZIA	Ambiente protesico - nucleo Alzheimer					1	15			1	15		
	Centri diurni 1° livello			1	10							1	10
	Centri diurni 2° livello			2	21							2	21
	Comunità Alloggio per anziani	1	7							1	7		
	Funzione di RSA di mantenim. RP					2	64			2	64		
	RSA di mantenimento	1	20			4	165			5	185		
	RSA Post-acuti					2	38			2	38		
LERICI	RP					2	40			2	40		
	RSA di mantenimento					1	49			1	49		
MONTEROSSO AL MARE	RP					1	10			1	10		
	RSA di mantenimento					1	39			1	39		
SANTO STEFANO DI MAGRA	RP					2	23			2	23		
	RSA di mantenimento					2	23			2	23		
SARZANA	Centri diurni 1° livello							1	100			1	100
	RP					1	15			1	15		
	RSA di mantenimento					1	41			1	41		
<b>Totali</b>		<b>2</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>803</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>830</b>	<b>4</b>	<b>131</b>

**A) I numeri degli effetti della pandemia in regione Liguria**

Riassumiamo i dati forniti dal Dott. E. Palummeri geriatra consulente di Alisa per le problematiche legate all'invecchiamento. Nella fase acuta del contagio, complessivamente si sono registrati 801 decessi: di questi 220 erano Covid-positivi (da tampone) o sospetti Covid, mentre i rimanenti non erano imputabili a infezioni da coronavirus ma ad altre cause. Le Rsa per anziani in Liguria sono in totale 230 e ospitano circa 12mila persone, gli operatori in servizio sono 8mila, una platea di circa 20 mila persone.

Dall'analisi dell'Iss risulta che in Italia il 37% dei decessi complessivi da Covid, proveniva da strutture per anziani. In Liguria il valore è circa pari al 30%. Il 60% delle strutture liguri risultava ancora immune da Covid, mentre nel 40% si sono riscontrati casi di infezione. Le strutture in cui il contagio si è manifestato in maniera più violenta, sono 6 o 7 che possono essere considerate cluster, sparse in maniera irregolare sul territorio ligure.

**B) Analisi e proposte per un confronto istituzionale**

Qualsiasi intervento di riforma / revisione del SSN/SSR **necessita di nuovi investimenti pubblici**. E' ragionevole supporre che le risorse si possano recuperare attraverso il MES di cui una parte significativa delle stesse dovrebbero essere destinate al comparto delle *cure a lungo termine* (LTC). La disponibilità è condizionata dalla presenza di progetti credibili di riforma del SSN intorno al quale costruire soluzioni innovative regionali sulla base, a nostro avviso, di un ampio concorso di idee e consenso.

In questa prospettiva ci sembra utile proporre alcune riflessioni sui servizi residenziali, sul senso di queste attività, sul loro funzionamento e sulla qualità dei servizi erogati.

**a) Residenzialità**. Quali indicazioni trarre dai tragici eventi dei mesi scorsi e dalle criticità già presenti che il virus ha messo in evidenza come “una lente di ingrandimento” sulla normalità precedente. Tre questioni emergono con forza + una:

1. E' necessario ridefinire il ruolo delle residenze per quanto riguarda l'intensità e la qualità delle cure, chiarendo fino a che punto questa può (deve) assumersi la responsabilità di casi complessi e non stabilizzati. Del resto l'età media degli ospiti sempre più avanzata con il loro carico di patologie richiede maggiori attenzioni sanitarie. Se concordiamo che le strutture residenziali devono assumere connotati di rilevanza clinica ( per evitare di intasare i P.SS e favorire le dimissioni protette dai reparti ospedalieri) è necessario disporre:

- Di una presenza più ampia di operatori, medici, infermieri a tempo pieno e un rafforzamento qualitativo di OSS per una adeguata assistenza alla persona;
- Strutture logistiche adeguate.

Questo comporta una revisione profonda:

- Degli standards di accreditamento sia per gli aspetti organizzativi che logistici.
- Delle rette nelle sue diverse componenti rendendo più sostenibile la compartecipazione degli utenti dotando tra l'altro i diversi fondi dedicati alla fragilità e non autosufficienza aggiungendo risorse regionali a quelle

nazionali.<sup>1</sup>Ci riferiamo in particolare al FRNA di cui si è persa traccia nella misura in cui l'amministrazione regionale non ha più presentato e esaminato congiuntamente con le parti sociali, che ne sono state le principali artefici, rapporti a consuntivo sulle risorse disponibili, sulle modalità d'impiego del fondo e secondo quali criteri viene erogato.

E' indifferibile, infine, l'esigenza di trovare soluzioni residenziali idonee per le persone con demenza senile e/o problemi psichiatrici che risultano difficilmente gestibili nella presente situazione che sembra debba protrarsi per lungo tempo.

2. Non sarà possibile strutturare la rete dei servizi per le persone anziane se la residenzialità non viene considerata come parte integrante della filiera assistenziale e non come ultima istanza per anziani non autosufficienti che non si possono gestire a domicilio o perché soli. Le residenze possono diventare uno dei punti di riferimento delle comunità supportando anche la domiciliarità direttamente con le risorse professionali di cui dispongono, attivando i Centri diurni, i ricoveri di sollievo e le dimissioni ospedaliere, tutto questo in rete con le altre attività del Distretto. Tutto questo si realizza nella misura in cui si esce dalla logica esclusivamente contrattuale- budgetaria per entrare in una prospettiva, sia

---

<sup>1</sup> *Sarebbe forse il caso di riprendere il tema della "dote di cura" (o come altro oggi è chiamato questo istituto) per un più razionale impiego delle risorse disponibili frammentate, oggi, in diverse prestazioni economiche, erogate a vario titolo, scollegate tra loro.*

da parte dell'amministrazione pubblica che dei gestori, di revisione radicale del settore.

3. L'analisi dei dati sulle residenze liguri presenta un numero elevato di strutture con pochi posti letto dislocati spesso nelle valli dell'entroterra a gestione comunale. Siamo di fronte a strutture con una sostenibilità economica precaria, che spesso hanno manifestato difficoltà a uniformarsi ai nuovi standards di accreditamento. Situazione che rischia di aggravarsi con gli ulteriori vincoli introdotti dalla normativa di sicurezza COVID-19. Le criticità presenti, se non adeguatamente supportate, comporteranno la dismissione delle stesse, privando queste vallate di:

- a. un presidio che ospita gli anziani nel loro ambiente,
- b. una fonte di reddito da lavoro;
- c. un punto di riferimenti per alcuni servizi sanitari semplici.

La chiusura acuirebbe il senso di abbandono e lo spopolamento dell'entroterra. Questione complessa che necessita di una soluzione *ad-hoc* che garantisca una tutela sociale sostenibile.

4. Indipendentemente dagli interventi di sistema individuati due questioni restano comunque centrali:

- La revisione degli standards di accreditamento fissando una dotazione organica quali-quantitativa adeguata ai bisogni degli ospiti superando il sistema del calcolo di minutaggio assistenziale che lascia una legittima ma troppo ampia discrezionalità ai gestori.

- Riprendendo il tema delle tariffe, (che risulterebbero bloccate ai valori del decreto **D.G.R 195/2010**) è tempo di una verifica sia sull'efficacia del

modello budgetario introdotto sia sull'entità e composizione delle tariffe in relazione ai servizi garantiti. Inoltre, non essendo stata aggiornata la quota sanitaria e nel contempo sono aumentati i costi di gestione si teme che la compensazione o si recupera riducendo la qualità dell'assistenza (per es. agendo sulla leva della riduzione del personale) o si scarica direttamente sulla compartecipazione degli utenti. Eventualità tutta da verificare ma se presente necessita di correttivi.

**b) Servizi socio-sanitari territoriali.** La riconsiderazione del sistema del residenzialità comporta una rivisitazione della filiera dei servizi domiciliari agli anziani e la connessione di questi ultimi con l'attività ospedaliera:

1. I diversi componenti della filiera- MMG, ADI<sup>2</sup>, UVG, Servizi Sociali e Residenze Extra-ospedaliere- operano tendenzialmente in modo autonomo secondo logiche operative proprie: prevalentemente di tipo prestazionale i servizi sanitari, mentre una logica soci-assistenziale guida i servizi sociali. Tutto questo rende difficoltosa una presa in carico strutturale e una connessione con i diversi servizi in una logica di rete per diventare un effettivo punto di riferimento delle famiglie nelle diverse fasi del percorso assistenziale.
2. I limiti di qui sopra producono un ridotto interesse a considerare i servizi domiciliari (home care) una valida alternativa ai sistemi di cura tradizionali (ricovero in ospedale o in residenza). Il circolo vizioso "difficoltà di accesso- scarsa offerta-scarsa

convinzione di utilità e affidabilità" rende perpetua la ridotta domanda di cure domiciliari; orientando l'utenza a preferire soluzioni autonome ricorrendo in prevalenza al badantato. Opzione che, se adeguatamente integrata con la rete dei servizi domiciliari, migliorerebbe la qualità della vita a domicilio.

3. Incerta è la collocazione della regia e della responsabilità gestionale della filiera, talora in capo al Distretto (sanitario, socio-sanitario) talora in capo al Dipartimento delle Cure Primarie. Interpretazioni variegata che hanno impedito lo sviluppo di una omogenea e stabile identità della sanità territoriale, per cui il distretto viene comunemente identificato come CUP, piastra ambulatoriale, uffici amministrativi (per l'anagrafe sanitaria e per le diverse autorizzazioni) e per le vaccinazioni.
4. Resta da definire il ruolo dei medici della MMG e della specialistica ambulatoriale che dovrebbero assumere all'interno della filiera assistenziale. Favorendo la costituzione delle AFT attrezzate/organizzate per fornire alcuni servizi di base e sollecitando la categoria ad uscire dalla logica prestazionale-contrattuale, si pongono le condizioni per superare le separatezze presenti e favorire un'efficace integrazione nella rete dei servizi.

---

<sup>2</sup> *Integrazione spesso solo verticale ovvero tra i servizi sanitari e più complicata quella orizzontale con l'assistenza sociale.*

**Allegato 3: NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE: STRUTTURE PER ANZIANI, PER PERSONE CON DISABILITA' E/O DISAGIO PSICHICO**

**Normativa Nazionale**

<b>Anno</b>	<b>Norma</b>	<b>Contenuti</b>	<b>Note</b>
1988	Legge Finanz. n. 67 11.03.88	<b>art. 20 p. f)</b> realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della <b>legge 23 dicembre 1978, n. 833</b> , devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate.	<b>riconoscimento di cure sanitarie e sociale a particolari strutture residenziali per anziani che si riferiscono agli standards degli ospedali</b>
1989	DPCM 22 dicembre'89	Atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani  -definisce la <b>fruibilità degli spazi</b> , abolisce le barriere architettoniche e stabilisce spazi per la relazione comune in particolare per le persone autosufficienti  -devono ricreare il più possibile condizioni di vita vicini a quelle domiciliari  -devono essere integrate nel contesto urbano -devono esser organizzati <b>"per nuclei" fino a 20</b> posti, complessivamente non possono avere più di <b>60 ospiti</b> ,in zone con alta intensità abitativa possono arrivare fino a 120 .  -definisce le aree abitative , dei servizi generali e, della riabilitazione. -definisce gli standard dimensionali : la superficie totale utile funzionale della struttura è fissata <b>in mq. 40/45 per ospite</b>	<b>definisce residenza sanitaria assistenziale una struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero apersone anziane prevalentemente non autosufficienti.</b> <b>Presupposto per la fruizione della residenza sanitaria assistenziale è la comprovata mancanza di un idoneo supporto familiare che consenta di erogare al domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria.</b>
1992	<b>Progetto obiettivo</b> per la tutela della salute degli anziani	In data 30 gennaio 1992 <b>il Parlamento</b> ha ap-provato una risoluzione che predispone l'avvio del progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani"	<b>Il gruppo di lavoro stese un complesso programma di assistenza geriatrica i cui elementi essenziali</b>

	<p>seguito dalla <b>Legge 23 ottobre 1992, n. 421</b>. "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale."</p> <p>e dal <b>D.Leg.vo 30 dicembre 1992, n. 502</b> "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"</p>	<p>prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la priorità degli interventi domiciliari;</li> <li>2. l'istituzione della Unità di valutazione geriatrica (UVG);</li> <li>3. la creazione di Residenze sanitarie assistenziali (RSA).</li> </ol> <p>stabilisce che la RSA è «una struttura propria del Servizio sanitario nazionale». Pertanto occorre che le Regioni e le USL stabiliscano norme per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio potrebbe essere costituito da operatori (medici, infermieri, riabilitatori, ecc.) territoriali o ospedalieri, ovvero da équipes convenzionate garantendo in ogni caso servizio <b>di interventi per 10-12 ore al giorno, per 7 giorni</b> settimanali.</li> <li>- il passaggio dei compiti di istituzione e di gestione delle strutture per anziani cronici non autosufficienti dal comparto assistenziale a quello sanitario.</li> <li>- l'ammissione dovrà essere valutata dalla UVG della USL territorialmente competente che a seguito di una visita diretta del paziente ne dispone il ricovero presso RSA , day hospital o cura a domicilio</li> </ul>	<p><b>validissimi ancora oggi sono l'assistenza domiciliare integrata, la ospedalizzazione domiciliare, la residenza sanitaria assistenziale, e che fa perno su di una apposita unità di valutazione geriatrica costituita da una équipe specialistica multidisciplinare in grado di valutare correttamente le condizioni di salute dell'anziano e di indicare le cure necessarie. Il progetto attribuisce particolare importanza alla formazione degli operatori professionali dai quali, con l'auspicabile aiuto di personale volontario, dipende il conseguimento degli obiettivi previsti</b></p>
1994	<p><b>Piano sanitario nazionale</b> suppl. ordinario alla Gazzetta ufficiale del 23 luglio 1994 è stato pubblicato il DPR 1° marzo 1994.</p>	<p>"Approvazione del Piano sanitario nazionale per il <b>triennio 1994-1996</b>", che recepisce gli aspetti relativi al Progetto obiettivo anziani</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per la attuazione di quanto previsto dal progetto obiettivo, il Ministero della sanità ha emanato <b>nell'agosto 1992 apposite linee guida</b>.</li> <li>- Sono state, inoltre, distribuite <b>alle Regioni le risorse</b> destinate alle attività di assistenza domiciliare agli anziani e, parallelamente, è stato attivato <b>a livello centrale un sistema di monitoraggio</b> degli interventi adottati a livello regionale e locale, finalizzato a verificare periodicamente i risultati ottenuti.</li> </ul>	<p><b>È la prima volta, dopo anni di lavoro e di rivendicazioni, che in un documento ufficiale si riconosce che gli anziani colpiti da cronicità e da non autosufficienza sono dei malati che «devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune» e quindi anche in ospedale.</b></p>
1998	<p><b>Piano Sanitario Nazionale</b> suppl. ordinario della Gazzetta ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998</p>	<p>Piano sanitario nazionale per il <b>triennio 1998-2000</b> "Un patto di solidarietà per la salute",</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La salute è un bene fondamentale</b> per la persona e per la collettività.</li> <li>- <b>La garanzia di uguali opportunità di accesso</b> ai servizi sanitari rappresenta l'obiettivo principale del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e l'elemento fondamentale che ne determina la forma di finanziamento e i criteri di organizzazione</li> <li>- <b>definisce i livelli di assistenza</b> alla luce dei principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale</li> <li>· <b>individua nei livelli essenziali di assistenza</b> l'ambito delle garanzie che il Ssn si impegna ad assicurare in condizioni</li> </ul>	<p><b>Fissa per ogni settore strategie e traguardi da raggiungere</b></p> <p><b>Le risorse disponibili a livello nazionale sono ripartite fra le regioni e le province autonome</b></p> <p><b>L'istituto dell'accreditamento (d.lgs. 502/92 e dal Dpr 14/1/1997) risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso</b></p>

		<p>di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini.</p> <p><b>-dispone l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale</b> che va attuata con la programmazione degli interventi socio- sanitari a livello distrettuale con Comuni e Regione.</p> <p><b>- ribadisce l'assistenza domiciliare integrata</b></p>	<p><b>criteri di qualità dell'assistenza e ne definisce le caratteristiche e prevede la predisposizione delle Linee Guida nazionali entro il 1998</b></p>
2000	Legge 328/2000	<p>La <b>Legge 328/2000</b> intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"</p> <p><b>-promuove interventi sociali, assistenziali</b> e sociosanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà e il sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare.</p> <p>-Il capo III elenca le disposizioni relative alla realizzazione di particolari interventi sociali a favore di <b>persone disabili, anziani non autosufficienti, famiglie quali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione diagnostico-funzionale;</li> <li>- le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale;</li> <li>- i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale;</li> <li>- le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.</li> </ul> <p>- <b>la programmazione e l'organizzazione</b> del sistema integrato di interventi e servizi sociali <b>competete</b> agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del d.leg.vo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge che ne precisa i compiti.</p>	<p><b>Gli obiettivi sono: qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni</b></p> <p><b>Per la prima volta, altresì, viene istituito un fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali</b></p> <p><b>Prima dell'approvazione della legge n. 328 del 2000, sull'assistenza sociale, il settore era ancora disciplinato dalla legge 17 /71890, n. 6972, cosiddetta "legge Crispi". che affidava l'assistenza a IPAB ,OMPI.</b></p>
2001	Decreto Min.n. 308, pubblicato in G.U. 28 luglio 2001, n. 174,	<p>DM 308/2001 "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"</p> <p><b>-definisce i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione</b> all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale Sono previsti requisiti specifici (<i>fino a sei utenti</i>) per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle <b>Regioni</b> è demandato il compito di recepire e integrare tali requisiti minimi.</li> <li>-Tra i requisiti comuni che tutte le strutture devono possedere, si</li> </ul>	<p><b>Il Decreto è stato recepito da tutte le Regioni anche se alcune Regioni hanno utilizzato strumenti normativi differenti o precedenti alla Legge 328/2000.</b></p>

		<p>evidenziano l'<b>ubicazione in luoghi</b> abitati facilmente raggiungibili, <b>la dotazione di spazi</b> destinati ad attività collettive, <b>la presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate</b>, l'adozione di <b>un registro degli ospiti</b>, nonché l'adozione, da parte del soggetto gestore, di una <b>Carta dei servizi sociali</b>.</p> <p><b>-Suddivide le strutture in categorie:</b></p> <p><b>a) strutture a carattere comunitario</b> : <i>caratterizzate da bassa intensita' assistenziale, bassa e media complessita' organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale, priva del necessario supporto familiare. <b>Da 7 a 20p.letto</b></i></p> <p><b>b) strutture a prevalente accoglienza alberghiera:</b><i>caratterizzate da bassa intensita' assistenziale, media e alta complessita' organizzativa in elazione al numero di persone ospitate, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti. <b>Max 80 p.letto</b></i></p> <p><b>c) strutture protette:</b><i>caratterizzate da media intensita' assistenziale, media e alta complessita' organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente. <b>Max 120 p.letto</b></i></p> <p><b>d) strutture a ciclo diurno:</b><i>caratterizzate da diverso grado di intensita' assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata e possono trovare collocazione all'interno o in collegamento con una delle tipologie di strutture di cui ai commi precedenti. <b>Max 30 utenti.</b></i></p>	
<b>2001</b>	Legge Costit.le n.3 del 18 ottobre 2001	<p>Riforma del Titolo V della Costituzione Italiana Riscrittura dell' art. 117 e altri</p> <p>-recepisce le istanze sottese al principio di sussidiarietà verticale, <b>inverte</b> però il criterio che aveva governato <b>il precedente il riparto di competenze</b> legislative tra Stato , Regioni e EE,LL, lasciando allo Stato solamente i compiti essenziali che non possono essere soddisfacentemente svolti dalle Regioni e dagli enti locali</p>	<b>«spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato».</b>

## Normativa Regione Liguria

Anno	Norma	Contenuti	Note
2005	<b>Legge Statutaria n.1 3 maggio 2005</b> Boll.Uff.le n.4 del 4/5/2005	Lo Statuto e la norma che, in virtù del principio di autonomia, ma non di sovranità, disciplina l'organizzazione interna delle Regioni, indica i fini che l'ente intende perseguire e detta le regole fondamentali a cui essa dovrà attenersi nell'esercizio della sua attività. <b>Art. 1</b> <i>"La Liguria, Regione autonoma della Repubblica italiana una e indivisibile, secondo i principi fissati nella Costituzione e nello Statuto, è espressione della comunità regionale, la rappresenta, ne sostiene lo sviluppo, promuove la realizzazione della persona."</i>	<b>successive modifiche nel 2007 Legge statutaria n.1</b> 5 ottobre 2007 <b>2013 Legge statutaria n.1</b> 13 maggio 2013 <b>2015 Legge statutaria n.1</b> 18 maggio 2015
2008	<b>D.G.R 969/2008</b>	Disposizioni inerenti la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria, con particolare riferimento all'articolazione dei trattamenti assistenziali, alle procedure organizzative, al sistema tariffario e a agli standard assistenziali.	
2010	<b>D.G.R 195/2010</b>	Riformulazione di quanto previsto nel D.G.R 969/2008	
2015	<b>Legge regionale 29 dicembre 2015, n. 27</b>	Legge di stabilità della regione Liguria per l'anno finanziario 2016	<b>Trova applicazione</b> per la parte relativa con la <a href="#">DGR 514/2015</a> : Approvazione di indirizzi vincolanti in materia di indirizzi per le persone anziane, ( all.1) contrasto alla violenza e contrasto al disagio e grave emarginazione
2016	<b>Legge regionale 29 luglio 2016, n. 17</b>	Istituzione dell'azienda ligure sanitaria della regione Liguria ( <b>A.li.sa.</b> ) E indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria -L'Azienda opera sulla base di linee di indirizzo emanate dalla Giunta regionale - <b>persegue</b> la realizzazione e lo sviluppo di un servizio sanitario ligure fondato in particolare su modalità partecipative basate su percorsi di condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse al fine di garantire l'equità di accesso ai servizi ricompresi nel Servizio Sanitario Regionale. - favorisce, propone, supporta o adotta direttamente strategie su	<b>le funzioni svolte dall'Agenzia sono elencate nell'art. 3</b> - <b>svolge funzioni</b> di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale ..... - <b>svolge le attività</b> di vigilanza e di verifica nei confronti delle Aziende sanitarie, degli IRCCS, degli enti pubblici ed equiparati e degli

		..... ( v. art.2) f) lo <b>sviluppo del sistema autorizzativo sanitario e di accreditamento</b> istituzionale instaurando efficaci relazioni con il sistema dei controlli regionali; g) lo <b>sviluppo della continuità dei percorsi</b> assistenziali multidisciplinari attraverso l'integrazione fra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale;	erogatori privati accreditati, nel rispetto della normativa nazionale
2016	DGR 161	<b>Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016</b> In attesa della ridefinizione del sistema sanitario e sociosanitario della Liguria, si è ritenuto necessario fornire alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale prime indicazioni operative al fine di garantire un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza.	Gli indirizzi riguardano l'area della prevenzione, l'area materno-infantile, il sistema delle cure domiciliari, la farmaceutica, la banca del sangue e le cure palliative
2016	Legge Regionale n.27 del 18 dicembre 2016	Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (riordino del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 ( <b>istituzione dell'azienda ligure sanitaria della regione Liguria (a.li.sa.)</b> ) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria	<b>Del. GR 314/16</b> Registro Regionale degli assistenti familiari
2017	Legge regionale n.9 11 maggio 2017 Boll.Uff.le n.6 del 17 maggio 2017	<b>La legge dispone le norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private</b>  -L' <b>ambito di applicazione (art. 2 )</b> sono tutte le strutture che erogano <b>servizio ospedaliero</b> a ciclo continuo o diurno, a quelle che svolgono servizi in regime <b>specialistico ambulatoriale</b> , alle <b>strutture sanitarie e sociosanitarie</b> che erogano prestazione in regime residenziale o diurno, stabilimenti termali, studi medici odontoiatrici, <b>attività di assistenzadomiciliare integrata ( ADI )</b> , ai servizi e <b>strutture</b> residenziali e semiresidenziali <b>che erogano prestazioni sociali</b> , alle cliniche. ambulatori e laboratori di medicina veterinaria.  <b>La Giunta regionale</b> , nel rispetto della normativa vigente, <b>definisce, su proposta dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.):</b> - tipologie di strutture, requisiti strutturali, modalità di richiesta e rilascio delle autorizzazioni , tali provvedimenti da rendersi nel termine di trenta giorni trascorso il quale il parere si intende favorevole. <b>La Regione</b> rilascia i provvedimenti di accreditamento istituzionale	<b>Fra le finalità dell'intervento vi è la promozione della qualità dei servizi erogati e dell'efficienza, efficacia, appropriatezza e uniformità delle prestazioni rese ai cittadini</b> Successive integrazioni e modifiche con <b>DGR 1185 e 1188 /2017</b> <b>DGR 944 e 945 /2018</b> <b>Legge Regionale n.6 /2018</b> . <b>Abroga</b> la L. R. 30 luglio 1999, n. 20 (Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati) <b>DGR 1188/17</b> Approvazione doc. in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie, sociali, elenco delle tipologie di strutture,

		<p><b>L’Autorizzazione all’esercizio (art.5)</b> di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali <b>è rilasciata dal Comune</b> di ubicazione della strutture che ha tempo 90 gg. dopo la presentazione dell’istanza da parte dei soggetti interessati. <b>L’istruttoria tecnica ( art.6)</b> è effettuate da A.Li.Sa nei 60 gg. successivi alla presentazione dell’istanza al Comune che deve inoltrarla all’Agenzia entro 10 gg.</p> <p>- Nei tre mesi successivi al rilascio dell’autorizzazione da parte del Comune, A.Li.Sa. effettua una verifica presso la struttura per la valutazione della realizzazione e congruenza del progetto proposto sotto il profilo organizzativo e funzionale. Qualora la verifica dia esito negativo, A.Li.Sa. fissa un termine per l’adeguamento. Trascorso inutilmente tale termine, A.Li.Sa. ne dà comunicazione al Comune che provvede alla revoca dell’autorizzazione.</p> <p><b>L’Accreditamento istituzionale ( art.8)</b> delle strutture sanitarie e sociosanitarie è il processo attraverso il quale le strutture autorizzate pubbliche e private acquisiscono la <b>qualifica di soggetto idoneo all’erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR)</b>. <b>è rilasciato dalla Regione</b> ed è subordinato al possesso degli ulteriori requisiti di accreditamento definiti dalle disposizioni nazionali e regionali, nonché all’adozione di sistemi di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e di monitoraggio della qualità, dell’attività svolta e dei risultati raggiunti.</p> <p><b>L’OTA provvede all’accertamento</b> della sussistenza dei requisiti per l’accreditamento disciplinati dalle disposizioni nazionali e regionali e, per il tramite di A.Li.Sa., trasmette alla Regione gli esiti dell’istruttoria effettuata entro il termine di 150 gg.</p> <p>La Regione entro 30 gg. rilascia l’accreditamento o lo rigetta. <b>Nel corso del quinquennio</b> di validità dell’accreditamento la struttura è tenuta ad <b>autocertificare annualmente</b> all’OTA il mantenimento dei requisiti di accreditamento. L’OTA può svolgere verifiche intermedie.</p> <p><b>A.Li.Sa stipula gli accordi e contratti (artt. 12-13)</b> con i soggetti erogatori pubblici ed equiparati che : individuano gli obiettivi di salute, i programmi d’integrazione dei servizi, le funzioni riconosciute e i requisiti del servizio da erogare prevedendo che l’attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base a tetti di spesa e volumi di attività oltre al volume</p>	<p>requisiti.</p> <p><b>DCR 52/2017</b> Piano Socio Sanitario Regionale 2017/2019</p> <p>Per i <b>criteri e requisiti delle strutture sanitarie e sociosanitarie per anziani</b> <a href="#"><u>vedere delibera 944/2018 e Allegato 2 BURL n. 49 del 5.12.2018</u></a></p> <p>- <b>A.Li.Sa. pubblica</b> sul proprio sito internet istituzionale <b>l’elenco delle strutture autorizzate ed accreditate</b> di cui all’articolo 2. ( vedi BURL n. 49 5.12.2018 allegato 1 )</p> <p><b>A.Li.Sa.</b> stabilisce direttive e linee d’indirizzo in materia di miglioramento della qualità delle prestazioni.</p> <p>Per il <b>rilascio dell’accreditamento</b> istituzionale è costituito presso A.Li.Sa. : l’<b>Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)</b> al quale devono</p>
--	--	---	--

		<p>massimo delle prestazioni erogabili.</p> <p><b>A.Li.Sa., in collaborazione con l'ASL competente per territorio, vigila e controlla</b> con cadenza annuale la correttezza delle modalità di erogazione delle prestazioni e la qualità delle stesse.</p> <p><b>La vigilanza sulle strutture autorizzate</b> è svolta da A.Li.Sa. che provvede, <b>con cadenza almeno biennale</b>, ad accertare la permanenza dei requisiti di autorizzazione delle strutture di cui all'articolo 2. A.Li.Sa. compie, altresì, specifiche verifiche su richiesta del Comune o di altre autorità pubbliche, nonché a seguito di motivata segnalazione degli utenti. Per tali verifiche A.Li.Sa. può avvalersi del personale delle ASL e dei comuni</p> <p>Ferma restando l'applicazione delle eventuali sanzioni penali e amministrative, nel caso in cui Legge regionale 20 dicembre 2018, n. 28 <b>siano riscontrate gravi carenze di requisiti autorizzativi</b> o comunque <b>situazioni che comportino grave pregiudizio o pericolo per la salute e la tutela degli assistiti</b>, A.Li.Sa. ne dà comunicazione al <b>Comune che provvede alla revoca dell'autorizzazione, che nei casi di strutture accreditate comporta anche la revoca dell'accreditamento.</b></p> <p>Il <b>Controllo sulle strutture accreditate (artt.15.16)</b>, oltre alla vigilanza di cui all'articolo 14, i controlli e le verifiche sono svolte dalle ASL e da A.Li.Sa. <b>L'OTA può accertare</b> in qualsiasi momento il possesso dei requisiti di accreditamento da parte delle strutture accreditate.</p>	<p>essere inoltrate le richieste</p> <p><b>L'accreditamento</b> delle strutture sanitarie e sociosanitarie <b>ha validità quinquennale</b> dalla data del rilascio e può essere rinnovato, su richiesta dell'interessato presentata entro l'anno antecedente la scadenza del quinquennio.</p> <p><b>A.Li.Sa. e le ASL pubblicano</b> sul proprio sito internet istituzionale <b>l'elenco delle strutture accreditate</b> secondo la classificazione definita dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera a), nonché gli accordi e i contratti stipulati .</p> <p><b>-Per le strutture</b> che erogano prestazioni sociosanitarie a regime <b>residenziale e semiresidenziale sono indicati i posti disponibili</b>, nonché le liste d'attesa per l'accesso a dette prestazioni.</p> <p><b>Le sanzioni</b> sono definite dall' art. 17, sono di carattere penale di competenza del Sistema giudiziario ed amministrative pecuniarie di competenza regionale il cui limite massimo si attesta a 60mila euro per l'esercizio senza autorizzazione.</p>
2018	Legge regionale 20 dicembre 2018, n. 28	<p>Diffusione delle tecniche in materia di disostruzione pediatrica e di rianimazione cardiopolmonare</p> <p><b>Definisce un ulteriore requisito per l'accreditamento</b> delle strutture</p>	

		sociali e sociosanitarie per le procedure di accreditamento, della qualificazione del personale, si tiene conto con particolare riferimento alla conoscenza delle tecniche salvavita, della prevenzione primaria, della disostruzione delle vie aeree in età adulta e pediatrica, di rianimazione cardiopolmonare, dell'uso del defibrillatore e degli elementi di primo soccorso con particolare riferimento alle funzioni vitali.	
2018	<a href="#">Delibera A.Li.Sa 73/18</a>	Contratti con i soggetti erogatori accreditati, approvazione doc.to ' Modalità operative del programma operativo' Schema tipo di accordi contrattuali ed indicatori di qualità	<a href="#">allegato</a>
2018	<a href="#">Delibera A.Li.Sa 181/2018</a>	Fabbisogni aggiuntivi prioritari di residenzialità extraospedaliera per persone anziane. Piano adeguamento della rete formativa	<a href="#">allegato</a>
2020	<b>Delibera A.Li.Sa n. 109 del 24.3.2020</b>	Attivazione di aree temporanee: struttura residenziale extra ospedaliera per pazienti fragili non autosufficienti COVID 19	<b>nell'allegato 1 e 1bis sono definiti i parametri del personale medico , infermieristico ed assistenziale secondo <a href="#">la DGR 944/2018</a></b>

Fonte <http://lr.v.regione.liguria.it/>