

DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA ED ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RESIDENZA SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE PER L'ANNO 2020 E RELATIVO FINANZIAMENTO

PARTE PRIMA: DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SSP PER L'ANNO 2020

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE	pag. 3
2. MISSION E VISION DELLE RSA	pag. 4
3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA	pag. 4
4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI	pag. 5
5. COORDINAMENTO A LIVELLO DI SERVIZIO TERRITORIALE - UO CURE PRIMARIE	pag. 5
6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA	pag. 6
6.1 Funzione di coordinamento sanitario	pag. 6
6.2 Funzione di coordinamento dei servizi	pag. 7
7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA	pag. 9
7.1 Assistenza medica	pag. 9
7.2 Assistenza medica specialistica	pag. 11
7.3 Assistenza infermieristica	pag. 12
7.4 Assistenza riabilitativa	pag. 14
7.5 Assistenza generica alla persona	pag. 15
7.6 Attività di animazione e di promozione sociale	pag. 16
7.7 Fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti	pag. 17
7.8 Trasporti sanitari	pag. 19
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE	pag. 19
9. PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI	pag. 19
10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	pag. 19
11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE	pag. 20
12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITA' (NAMIR)	pag. 22
13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO	pag. 22
14. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)	pag. 24
15. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA	pag. 25
16. VIGILANZA SULLA RSA	pag. 27
17. FLUSSI INFORMATIVI	pag. 30
17.1 Presenze residenti	pag. 30
17.2 Elenco residenti e segnalazione disponibilità per postetti letto d'urgenza	pag. 30

17.3	Informazioni sui medici delle RSA	pag. 31
17.4	Banca dati ministeriale	pag. 31
17.5	Documentazione contabile	pag. 31
17.6	Rette alberghiere	pag. 32
18.	OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO	pag. 32
19.	DISPOSIZIONI VARIE	pag. 32

**PARTE SECONDA: FINANZIAMENTO ALLE RSA DELLE SPESE
RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A
RILIEVO SANITARIO A FAVORE DEGLI OSPITI RESIDENTI IN
PROVINCIA DI TRENTO PER L'ANNO 2020 E DISPOSIZIONI PER LA
CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA**

1.	TARIFFA	pag. 34
2.	FORNITURA BENI E SERVIZI	pag. 35
3.	ACCANTONAMENTI E FONDI	pag. 36
3.1	Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo	pag. 36
3.2	Accantonamento per finanziamento integrativo livello Namir	pag. 36
3.3	Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni	pag. 37
3.4	Fondo di riequilibrio	pag. 37
4.	EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI	pag. 37
5.	LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE	pag. 38
6.	RECUPERO TARIFFARIO	pag. 38
7.	DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI	pag. 39

TABELLA A: Parametri di personale anno 2020 assicurati dalle tariffe di cui alle presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2020

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2020

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2020

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2020

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2020

ALLEGATO G: Accordo di contitolarità del trattamento dati personali per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie e assistenziali con le RSA e i centri diurni accreditati con il SSP

PARTE PRIMA**DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RSA PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SSP PER L'ANNO 2020****1. DESTINATARI E FINALITÀ DELLE DIRETTIVE**

Le presenti direttive si applicano alle residenze sanitarie assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera (d'ora in poi denominate RSA) del Servizio sanitario della Provincia di Trento e all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (d'ora in poi definita Azienda) e sono finalizzate a promuovere il miglioramento continuo del "sistema RSA" costituito da n. 57 strutture presenti in modo diffuso sul territorio.

La promozione del miglioramento continuo nelle RSA richiede l'assunzione di impegni prioritari da parte delle strutture e l'attivazione di condizioni per promuovere un cambiamento culturale di tutta l'organizzazione per porre il residente al centro, che molte RSA hanno in questi anni già in parte adottato, anche attraverso l'adesione al Marchio Qualità e Benessere costruito dall'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA¹) coinvolgendo le stesse in forma partecipata. In particolare le aree di impegno che si riconoscono fondamentali per lo sviluppo delle RSA sono:

- la qualità di vita dei residenti; sono compresi la filosofia assistenziale centrata sulla persona, l'organizzazione della vita quotidiana attenta alle abitudini e preferenze delle persone; un management e una leadership che coinvolgono i residenti nelle decisioni; cura dell'ambiente affinché sia percepito come "familiare"; garantire opportunità di stimolazione sociale e di valorizzazione delle relazioni tra residenti, tra residenti e staff, tra residenti e visitatori;
- la qualità dell'assistenza; sono compresi l'appropriatezza clinica e assistenziale, le competenze del personale;
- la qualità dell'organizzazione dell'assistenza; sono compresi i modelli organizzativi centrati sulla persona, il ruolo e le competenze di chi esercita funzioni di coordinamento;
- la qualità dell'ambiente di lavoro per il personale delle RSA; sono compresi i modelli di *staffing* finalizzati all'*empowerment* del personale e la cura dei climi di lavoro;
- la qualità della gestione delle risorse assegnate; sono comprese le strategie di gestione del budget in coerenza con i criteri di appropriatezza clinici e assistenziali;
- le attività di gestione della conoscenza e qualificazione dei processi assistenziali; sono comprese le specifiche attività di apprendimento e crescita a supporto alla attività di autovalutazione e implementazione di requisiti e indicatori di qualità per l'accreditamento istituzionale.

¹ Upipa è l'associazione rappresentativa delle APSP riconosciuta ai sensi degli artt. 23 e 24 della L.R. 7/2005.

2. MISSION E VISION DELLE RSA

Le RSA garantiscono l'accoglienza di persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui e non possono essere assistite a domicilio. L'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) propone alla persona e alla famiglia una progettualità residenziale quando valuta che è la risposta più appropriata ai bisogni e quindi quando non siano presenti o attivabili altre progettualità territoriali.

Le RSA, garantiscono una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona e organizzano servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona.

Le RSA tutelano e promuovono il rispetto dei principi di autonomia e libertà delle persone accolte, si impegnano a mantenere un significato esistenziale alla loro vita, assicurano una gestione dell'organizzazione che ne tuteli la dignità e ne rispetti i ritmi di vita abituali.

Le RSA perseguono le seguenti finalità:

- mantenere/migliorare le capacità funzionali, comportamentali, cognitive, affettive-relazionali in coerenza con il Piano assistenziale individualizzato (PAI) elaborato dall'équipe multidisciplinare con l'apporto e la condivisione della persona e della famiglia, attraverso un'assistenza qualificata e personalizzata;
- sostenere i familiari dei residenti, assicurare la conoscenza del livello di assistenza garantito, la loro partecipazione all'organizzazione ed alla valutazione delle attività erogate;
- accompagnare la persona e la famiglia in fase avanzata di malattia e di fine vita;
- promuovere l'integrazione con la comunità, facilitando la partecipazione degli utenti alla vita comunitaria, anche attraverso la valorizzazione della presenza dei volontari;
- collaborare, quale nodo fondamentale, al funzionamento ed al rafforzamento della rete dei servizi presenti sul territorio.

3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA

Onde perseguire concretamente il miglioramento continuo le RSA sono impegnate, anche attraverso la valorizzazione e la diffusione dei percorsi di miglioramento di sistema promossi dall'Azienda, da UPIPA o da Consolida² nell'implementazione dei seguenti obiettivi strategici:

- migliorare la qualità della vita dei residenti attraverso concrete azioni di personalizzazione della vita quotidiana e di mantenimento di un significato esistenziale alla vita della persona;
- promuovere azioni di diffusione di buone pratiche assistenziali e gestionali tra le strutture, in particolare quelle finalizzate a valutare e migliorare la qualità della vita, l'appropriatezza clinica e assistenziale, il miglioramento dei climi organizzativi, il coinvolgimento di residenti e familiari nella valutazione della qualità della assistenza e della vita quotidiana;

² Consolida è il consorzio delle cooperative sociali trentine.

- favorire lo sviluppo di sinergie tra tutti i soggetti coinvolti nella rete dei servizi, comprese le associazioni di utenti e familiari;
- promuovere uno sviluppo dell'offerta delle RSA, innovativo, flessibile ed adeguato all'evoluzione dei bisogni delle persone e famiglie, integrato nella rete dei servizi territoriali e coerente con le risorse disponibili.

Tra le aree di miglioramento da perseguire si segnala in particolare la promozione del superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche attraverso strategie organizzative e formative strutturate e specifici progetti di miglioramento e azioni di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antimicrobico resistenza.

Per quanto attiene alla gestione delle terapie farmacologiche si rimanda al paragrafo 7.7.

4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

I destinatari delle prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario erogate nell'ambito delle RSA sono gli assistiti del Servizio Sanitario Provinciale (SSP), residenti in provincia di Trento, non autosufficienti e non assistibili a domicilio.

Per gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale residenti in comuni extra-provinciali ospitati nelle RSA provinciali, la spesa sanitaria di cui alle presenti direttive (assistenza sanitaria e assistenziale a rilievo sanitario, protesica, farmaceutica, ecc.), non può essere posta a carico del Fondo sanitario provinciale, ma deve essere direttamente addebitata dalle RSA ospitanti alle ASL extra-regionali di residenza degli utenti. A tal fine ciascuna RSA deve richiedere, all'atto dell'ammissione delle persone con residenza anagrafica extra-provinciale, l'impegno della ASL di residenza ad assumere il relativo onere per la spesa sanitaria

Al riguardo si conferma che l'acquisizione della residenza anagrafica in un comune della Provincia di Trento in data successiva o contestuale alla richiesta di valutazione della non autosufficienza all'UVM del Servizio Territoriale – UO Cure Primarie del SSP, non può in alcun caso costituire titolo per beneficiare delle predette prestazioni con oneri a carico del Fondo sanitario provinciale.

Non costituisce altresì titolo per beneficiare delle prestazioni con oneri a carico del Fondo sanitario provinciale l'eventuale acquisizione (da parte di un residente fuori provincia) della residenza presso la struttura ospitante in data successiva alla data di ingresso in struttura.

5. COORDINAMENTO A LIVELLO DI SERVIZIO TERRITORIALE – UO CURE PRIMARIE

Le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali (rete dei servizi) sono assicurate a livello di Servizio territoriale – UO Cure Primarie. Esse si realizzano nel Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza tramite l'UVM e devono essere finalizzate a garantire la continuità di cura dell'assistito.

Il Servizio territoriale – UO Cure Primarie ha un ruolo di supporto e di monitoraggio rispetto agli obiettivi di miglioramento nei confronti dei residenti delle RSA, nonché all'adozione di idonei strumenti e strategie assistenziali che tutti gli operatori delle RSA sono tenuti ad adottare. È opportuno che si sviluppi una forte sinergia tra gli operatori del Servizio territoriale – UO Cure Primarie e delle RSA che non si esaurisce nella attività di verifica, ma consiste anche nella condivisione di un percorso di miglioramento continuo con la definizione congiunta di obiettivi e indicatori per il monitoraggio delle azioni di miglioramento.

Azienda, UPIPA e Consolida collaborano nella realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento nei confronti del personale, al fine di garantire l'omogeneità e la coerenza della realizzazione di progetti di miglioramento definiti nell'ambito delle direttive provinciali ovvero a seguito delle attività di monitoraggio.

6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA

6.1 Funzione di coordinamento sanitario

Ciascuna RSA designa nominativamente il medico al quale è attribuita la funzione di coordinamento sanitario, che contribuisce alla corrispondenza tra organizzazione complessiva della struttura e qualità e appropriatezza della risposta ai bisogni dei residenti, nel rispetto della loro autonomia, libertà e dignità. Il coordinatore sanitario deve provvedere, anche con la propria formazione personale, all'acquisizione e aggiornamento di competenze organizzative e gestionali utili a indirizzare l'organizzazione al rispetto delle buone pratiche igienico sanitarie nonché al perseguimento della appropriatezza dell'assistenza ai residenti, assistenza che deve rispondere ai bisogni globalmente intesi della persona presa in carico.

La funzione di coordinamento delle attività sanitarie nelle RSA viene eseguita nell'ambito dei parametri assistenziali esplicitati dal successivo paragrafo 7.1.

L'attività di coordinamento sanitario è assicurata mediante l'opera di medici dipendenti dalla RSA o convenzionati con la stessa. Ove non sia possibile assicurare l'attività di coordinamento sanitario mediante rapporto di lavoro dipendente, la RSA adotta le misure organizzative necessarie a garantire lo svolgimento delle funzioni tecniche connesse al ruolo e alla implementazione nell'organizzazione delle indicazioni del coordinatore sanitario.

Le principali funzioni del coordinatore sanitario sono:

- promuovere le condizioni organizzative per garantire la massima integrazione tra l'attività medica di diagnosi e cura, il coordinamento delle attività sanitarie e assistenziali e l'organizzazione della vita dei residenti, tenendo conto dei ritmi abituali di vita nelle attività quotidiane;
- promuovere, in integrazione con il coordinatore dei servizi, l'adozione di modelli organizzativi dell'assistenza e della vita nella RSA centrati sul residente, che garantiscano la partecipazione della persona e la personalizzazione delle cure;

- favorire, in integrazione con il coordinatore dei servizi, l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuovere l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e l'attivazione di azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, audit clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche clinico-assistenziali di tutto il personale;
- coordinare l'apporto dei medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale per promuovere un'omogeneità di comportamento e l'integrazione con i processi clinico-assistenziali gestiti dal personale, anche attraverso l'organizzazione di incontri periodici;
- sviluppare le condizioni organizzative per garantire la continuità delle cure e la continuità informativa in tutte le fasce orarie, in particolare nel caso di intervento dei medici di continuità assistenziale, di accesso a presidi ospedalieri e di riammissione in RSA da una dimissione ospedaliera;
- mantenere un costante raccordo con il Direttore della Unità Operativa Cure Primarie del Servizio territoriale e costituire un riferimento per l'UVM;
- mantenere un raccordo con i medici specialisti che accedono alla RSA;
- collaborare all'organizzazione della vita comunitaria e all'accoglimento dei residenti;
- promuovere il coordinamento dei piani di intervento individuali in collaborazione con l'equipe di lavoro ed il controllo di qualità e sicurezza della cura e dell'assistenza in generale, ivi incluso l'adozione delle misure per il superamento della contenzione secondo il programma definito a livello di struttura.

Inoltre cura:

- l'adozione, il controllo e la vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- la predisposizione e attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli residenti, secondo le norme vigenti;
- l'approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e la vigilanza sul loro utilizzo;
- ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura;
- la redazione di una relazione annuale sull'andamento dell'assistenza ai residenti da inviare per il tramite della Direzione della RSA al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza e, per conoscenza, all'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza (di seguito anche Servizio competente) entro il 28 febbraio 2020, secondo lo schema standard allegato alla deliberazione di approvazione delle presenti direttive (Allegato 2). Lo schema sarà applicato sperimentalmente e potrà essere oggetto di modifiche e revisioni.

6.2 Funzione di coordinamento dei servizi

L'attività di coordinamento dei servizi è assicurata, di norma, mediante l'impiego di personale dipendente.

Le funzioni di coordinamento dei servizi sono strategiche per l'organizzazione e la gestione dell'assistenza e del personale.

Le principali funzioni del coordinatore dei servizi sono:

- promuovere le condizioni organizzative per garantire la massima integrazione tra gli operatori dell'équipe multidisciplinare, il coordinamento delle attività assistenziali e l'organizzazione della vita dei residenti, tenendo conto dei ritmi abituali di vita nelle attività quotidiane;
- promuovere, in integrazione con il coordinatore sanitario, l'adozione di modelli organizzativi dell'assistenza e della vita nella RSA centrati sul residente, che garantiscano la partecipazione della persona e la personalizzazione delle cure;
- favorire, in integrazione con il coordinatore sanitario, l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuovere l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e l'attivazione di azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, audit clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche assistenziali di tutto il personale, anche attivando sistemi di monitoraggio specifici per l'adozione delle misure previste per il superamento della contenzione secondo i piani della struttura;
- promuovere, in collaborazione con il coordinatore sanitario, l'integrazione dei processi clinico-assistenziali gestiti dal personale, anche attraverso l'organizzazione di incontri periodici;
- sviluppare le condizioni organizzative per garantire la continuità delle cure e la continuità informativa;
- gestire il personale affidato, curando la valutazione delle competenze, lo sviluppo professionale e la formazione;
- strutturare e gestire momenti di audit e confronto con l'équipe su eventi critici o di successo;
- monitorare la qualità dell'assistenza ed attivare il miglioramento continuo;
- costituire un riferimento per l'UVM.

Le nomine dei nuovi coordinatori non possono prescindere dal possesso del diploma di laurea di infermiere o titolo equipollente, nonché del Master per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie ai sensi della L. 43/2006 o laurea magistrale in scienze infermieristiche.

Nel caso di presenza di due coordinatori (inteso come 2 unità equivalenti) all'interno della medesima struttura organizzativa, il secondo potrà possedere competenze di area socio-educativa o sanitaria (indicativamente educatore professionale o psicologo).

In ragione della complessità dell'organizzazione e delle progettualità che è necessario sostenere nel campo del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'organizzazione del lavoro del personale di assistenza e della gestione delle risorse affidate, va promossa la formazione avanzata del coordinatore, preferibilmente universitaria, nel campo del coordinamento dei servizi, della gestione del paziente geriatrico, delle cure primarie e palliative. L'Azienda si impegna a supportare lo sviluppo di strategie per rafforzare le funzioni di coordinamento in RSA.

Ove l'attività di coordinamento venga assicurata da personale infermieristico, questo non concorre al conseguimento del parametro infermieristico di cui alla tabella A), parte seconda, salvo autorizzazione preventiva del Servizio competente.

7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA

La presa in carico globale e personalizzata della persona accolta in RSA è definita in un progetto terapeutico-assistenziale-riabilitativo elaborato sulla base dei bisogni valutati con strumenti multidimensionali e con un approccio multidisciplinare al momento dell'accesso e periodicamente. Nella definizione del progetto assistenziale è garantito l'apporto della persona sia nella valutazione dei bisogni sia nella espressione delle proprie abitudini e preferenze nella organizzazione della vita quotidiana nella struttura di accoglienza. Fondamentale è anche il ruolo della famiglia per supportare la persona nell'espressione dei propri bisogni.

Le RSA organizzano i servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona e garantiscono che ai residenti delle RSA vengano assicurate le seguenti prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario nelle modalità di seguito indicate, componendo le stesse in una progettualità personalizzata:

1. assistenza medica;
2. assistenza medica specialistica;
3. assistenza infermieristica;
4. assistenza riabilitativa;
5. assistenza generica alla persona;
6. attività di animazione;
7. fornitura di farmaci, presidi sanitari ed altri prodotti;
8. trasporti sanitari.

I professionisti della riabilitazione, la cui qualifica sia indicata espressamente come concorrente al parametro, sono obbligati all'iscrizione al relativo Albo per professioni sanitarie, così come previsto dalla L. 11 gennaio 2018, n. 3 e del DM 13 marzo 2018.

Rimane fermo l'obbligo d'iscrizione all'Albo anche per gli infermieri (Albo dell'OPI Ordine Professioni Infermieristiche) e per gli psicologici (Albo A dell'Ordine degli Psicologi).

7.1 Assistenza medica

L'assistenza medica è assicurata mediante l'opera di medici dipendenti dalla RSA o convenzionati con la stessa.

Le principali funzioni sono:

- assumere la responsabilità complessiva in ordine alla promozione e al mantenimento della salute dei residenti attraverso funzioni preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e di educazione sanitaria;

- gestire le proprie funzioni attraverso la relazione di cura con il residente, per cogliere gli aspetti biografici che caratterizzano la persona, anche attraverso l'apporto dei familiari;
- adottare specifici strumenti per assicurare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, nonché la sicurezza dei residenti, anche su indicazione del coordinatore sanitario della RSA, oltre che in relazione ad eventuali indicazioni dell'Azienda;
- partecipare ai programmi di superamento della contenzione farmacologica e fisica, definiti da ciascuna struttura residenziale;
- valutare e rivalutare periodicamente in modo programmato il carico terapeutico complessivo del residente, con particolare attenzione alle politerapie e alla necessaria riconciliazione prescrittiva documentando il processo nella documentazione sanitaria;
- garantire il proprio apporto all'interno dell'équipe multidisciplinare in coerenza con il progetto individualizzato definito per il residente;
- contribuire a contestualizzare, in collaborazione con il medico specialista, le terapie prescritte da quest'ultimo al fine di garantire al residente un approccio terapeutico coerente con i bisogni complessivi di salute e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale del residente e attuare e verificare i piani individuali di assistenza con l'équipe multiprofessionale;
- partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza ai residenti, nell'ambito dei programmi promossi dal SSP;
- partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura;
- partecipare all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari dei residenti.

Qualora la continuità medica nelle 24 ore non venga garantita dalla struttura, in caso di urgenza, nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, l'assistenza medica è assicurata dal servizio di continuità assistenziale territorialmente competente. Il medico della RSA garantisce al medico di continuità assistenziale di poter disporre di informazioni complete e aggiornate sulla cura del residente, comprese tutte le informazioni utili che documentano le volontà della persona in merito a trattamenti sanitari ed assistenziali, delle quali i curanti devono tener conto. In caso di residenti che presentano condizioni di instabilità clinica il medico della RSA predispone per il medico di continuità assistenziale informazioni preventive per garantire continuità alla gestione clinica.

Per tutta la durata del ricovero in RSA è sospesa la scelta del medico di medicina generale (c. 2, art. 19 della L.P. 6/98) e la correlata quota capitaria prevista dall'Accordo Collettivo vigente.

Il medico che opera all'interno della struttura residenziale deve essere in possesso del certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici e di specifica copertura assicurativa per la responsabilità civile nei confronti di terzi. Lo stesso è tenuto a frequentare iniziative formative rivolte ai medici che operano nelle RSA, nell'ambito dei programmi promossi dal SSP.

Il medico che opera all'interno della struttura residenziale deve essere in possesso di un documentato curriculum orientato alla cura della persona anziana e deve provvedere all'aggiornamento delle competenze anche con la propria formazione personale, anche attraverso la partecipazione alle iniziative formative per il miglioramento del sistema delle RSA promosse da Azienda, da UPIPA o da Consolida.

Lo svolgimento dell'attività medica comporta il rispetto dei vincoli dell'accordo collettivo nazionale e decentrato per quanto attiene massimali e incompatibilità.

L'attività medica di diagnosi e cura deve essere garantita in coerenza con le attività da assicurare, almeno con i seguenti parametri minimi:

- assicurare l'assistenza medica ai residenti della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali e giornalieri ritenuto adeguato dal coordinatore sanitario della RSA alla tipologia e ai bisogni dei residenti e comunque deve essere assicurata l'assistenza medica almeno con i seguenti parametri minimi:
 - almeno 2 minuti al giorno per ogni posto letto di base;
 - almeno 4 minuti al giorno per ogni posto letto in nucleo ad alto fabbisogno assistenziale;
 - almeno 6 minuti al giorno per ogni posto letto nelle residenze sanitarie assistenziali a sede ospedaliera (d'ora in poi definite RSAO);
- assicurare l'assistenza medica urgente nella stessa giornata della richiesta, anche al di fuori degli accessi previsti, nelle fasce orarie e nei giorni non coperti dal servizio di continuità assistenziale;
- assicurare la rivalutazione del singolo residente, con cadenza almeno mensile.

7.2 Assistenza medica specialistica

L'Azienda, attraverso i Servizi territoriali – UO Cure Primarie, assicura l'assistenza specialistica in favore dei residenti in relazione alle specialità prescritte dal medico della struttura in base alle necessità e ai piani di assistenza individuali, nelle quantità massime indicate per ciascuna RSA nell'allegata tabella D), parte seconda.

Per le persone ambulabili il medico della RSA può richiedere visite specialistiche in ambulatorio dell'Azienda in base all'urgenza, apponendo sulla ricetta il codice RAO che caratterizza la priorità di accesso. Al momento della visita deve essere resa disponibile al medico specialista una scheda riassuntiva con le informazioni cliniche aggiornate pertinenti con il quesito diagnostico posto e l'elenco dei farmaci assunti dal residente. Per i residenti gravi non ambulabili o non trasportabili, è previsto l'accesso in RSA di specialisti ambulatoriali, la RSA deve mettere a disposizione degli specialisti la documentazione clinica del residente.

Se compatibile dal punto di vista organizzativo lo specialista può effettuare anche visite programmate a residenti ambulabili.

Al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse, i Servizi territoriali – UO Cure Primarie e le RSA, per l'anno 2020, danno continuità ai progetti pilota già attivi di teleconsulto, in particolare cardiologico, dermatologico e fisiatrico finalizzato alla

prescrizione di ausili. Per quanto riguarda la consulenza fisiatrica è in corso l'introduzione di una nuova modalità di erogazione in teleconsulto che ricomprende anche una valutazione delle problematiche clinico riabilitative.

Il Dipartimento salute e politiche sociali, al fine di rivedere l'attuale modalità di erogazione dell'assistenza specialistica, costituirà un tavolo di lavoro con medici delle Cure Primarie, specialisti ospedalieri delle principali branche richieste in RSA, con medici delle RSA (come indicati da UPIPA con il coinvolgimento degli altri enti gestori) e un rappresentante di UPIPA.

Rimangono invariate per l'anno 2020 le attuali disposizioni. Pertanto le RSA, entro il 20 gennaio 2020, e con successivo aggiornamento trimestrale, comunicano al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza il fabbisogno di assistenza specialistica distinto per branche nel limite massimo indicato nella predetta tabella D).

I Servizi territoriali – UO Cure Primarie entro il 29 febbraio 2020 effettuano una valutazione sull'appropriatezza delle richieste e ridefiniscono il fabbisogno sulla base di detto criterio di appropriatezza; comunicano inoltre alle rispettive RSA le ore di specialistica che possono garantire. Qualora l'Azienda non sia in grado di soddisfare le richieste delle singole RSA valutate come appropriate dal Servizio territoriale – UO Cure Primarie, le RSA possono attivarsi autonomamente. Per le richieste considerate non appropriate, l'Azienda ne evidenzia le motivazioni alle RSA.

Entro il 28 febbraio 2021 l'Azienda invia al Servizio competente una relazione con i dati relativi alle ore effettivamente erogate tramite gli specialisti dipendenti dell'Azienda o convenzionati con la stessa ovvero attraverso apporti esterni (in questo caso evidenziandone la relativa spesa), nell'anno precedente nelle singole RSA, distinti per branche specialistiche, che consenta il raffronto con il fabbisogno espresso dalle RSA.

7.3 Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica nelle RSA è finalizzata alla presa in carico globale del residente secondo i principi del caring, favorendo la partecipazione della persona nelle decisioni assistenziali e nella organizzazione della vita all'interno della struttura, il rispetto della biografia personale. La pianificazione e l'erogazione dell'assistenza sono fondate su evidenze scientifiche accreditate e sulle buone pratiche sempre nel rispetto delle volontà, preferenze e desideri dei residenti. Attraverso la relazione d'aiuto è costantemente ricercata la conoscenza della persona per poterla assistere rispettando le sue volontà e i suoi desideri per tutta la durata dell'assistenza, fino al termine della vita, e quando la capacità di comunicare o di prendere decisioni possono venire meno.

Le priorità dell'assistenza infermieristica sono la qualità di vita dei residenti, il mantenimento delle capacità residue, la prevenzione dei rischi legati alle condizioni di dipendenza e la promozione della sicurezza dell'ambiente di vita e della gestione delle prestazioni sanitarie, in particolare terapeutiche, sempre nel rispetto delle libertà della persona.

Le aree di miglioramento da perseguire in modo particolare sono:

- il superamento del ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologiche;
- la valutazione ed il trattamento del dolore e degli altri sintomi disturbanti, in particolare dei residenti con decadimento cognitivo;
- la qualità dell'assistenza nella fase di fine vita;
- la gestione di residenti con disturbi comportamentali legati a decadimento cognitivo e demenza o a patologie psichiatriche;
- l'appropriatezza degli interventi che devono essere finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del PAI, superando l'approccio prestazionale routinario ai bisogni di salute del residente.

Inoltre si richiamano alcune funzioni da garantire:

- assistenza infermieristica diretta al residente, favorendo la presa in carico dei bisogni dello stesso, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle prestazioni;
- collaborazione con i medici e gli altri professionisti e operatori della struttura, contribuendo attivamente alla valutazione multidimensionale del residente, alla definizione, applicazione e verifica dei PAI;
- gestione dei farmaci e dei materiali sanitari con le modalità necessarie a garantire efficacia, appropriatezza e sicurezza d'impiego;
- adozione di processi di somministrazione dei farmaci e di monitoraggio dei residenti rispondenti ai requisiti di sicurezza secondo le procedure definite dalla struttura anche in relazione a eventuali indicazioni dell'Azienda;
- tenuta delle registrazioni di competenza sanitaria, anche per quanto attiene alla gestione dei farmaci e dei presidi;
- formazione del personale di assistenza finalizzata in particolare alla crescita professionale dell'equipe e a promuovere la responsabilizzazione del personale di assistenza;
- organizzazione del lavoro degli operatori di assistenza (programmazione e verifica del lavoro, coordinamento dell'attività, ecc.) secondo il modello organizzativo della struttura;
- attività professionali previste dal profilo in relazione ai bisogni dei residenti;
- proposte al coordinatore dei servizi di eventuali diverse modalità di organizzazione degli stessi in relazione ai bisogni dei residenti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza della struttura.

Le RSA sono tenute ad assicurare l'assistenza infermieristica, con una presenza attiva dell'infermiere 24 ore su 24, fatta salva la presenza del medico della casa.

Nelle ore notturne, le strutture con una recettività da 120 posti letto RSA e oltre assicurano la compresenza di due infermieri, uno dei quali può essere presente in reperibilità passiva.

In situazioni eccezionali e di breve periodo è consentito, previa comunicazione motivata al Servizio territoriale dell'Azienda e al Servizio competente, avvalersi nelle ore notturne dell'istituto della reperibilità, a condizione che sia presente almeno un infermiere nei casi di RSA grandi (120 posti e oltre), di RSA con un nucleo ad alto fabbisogno assistenziale, di RSA in cui siano presenti residenti valutati con bisogni assistenziali di livello NAMIR o di RSAO. Qualora ci si avvalga dell'istituto

della reperibilità si dovrà garantire la presenza di personale OSS, previa documentazione delle modifiche apportate al piano di lavoro garantendo la sicurezza dei residenti.

L'assistenza infermieristica è assicurata mediante l'impiego di personale dipendente della RSA. Nel caso in cui la struttura non sia in grado di provvedere alla copertura dell'organico può convenzionarsi con liberi professionisti. In tal caso vanno individuate modalità che consentano impegni orari atti a garantire un'adeguata qualità dell'assistenza, il coinvolgimento nei processi di valutazione dei bisogni dei residenti, di pianificazione e valutazione dell'assistenza e nei momenti strutturati di coordinamento delle attività, anche avuto riguardo alla eventuale combinazione delle attività svolte a favore di diversi committenti.

Al fine di garantire la qualità citata, il limite massimo mensile di ore effettuabili dal personale infermieristico libero professionista è quantificato in 195 ore, con presenza giornaliera (0-24) non superiore a 10 ore a cui può essere aggiunto il tempo necessario per il passaggio di consegne tra turni.

Per le modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica devono essere valutate l'economicità, l'efficienza, l'efficacia e la qualità e la sicurezza delle diverse opzioni possibili, avuto riguardo di assicurare il più alto livello di integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali all'interno della struttura. In ogni caso la struttura deve promuovere lo sviluppo di competenze avanzate negli ambiti inerenti l'assistenza della persona anziana, in particolare nell'assistenza alle persone con decadimento cognitivo e disturbi comportamentali, nell'adozione di pratiche assistenziali basate su evidenze, nell'assistenza in fase avanzata di malattia e fine vita.

Nell'eventualità che una RSA, considerata la gravità dei residenti, ritenga necessario una maggiore assistenza medica è consentito coprire il parametro di assistenza infermieristica mediante il ricorso, nel numero massimo di un'unità, a personale medico purché quest'ultimo sia aggiuntivo rispetto al parametro finanziato per l'assistenza medico generica.

Se la RSA eroga prestazioni infermieristiche ambulatoriali (punto prelievi), il parametro relativo al personale infermieristico va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.

Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.4 Assistenza riabilitativa

L'assistenza riabilitativa è assicurata con personale dipendente o con personale convenzionato.

Il personale adibito a tale attività deve essere in possesso del diploma di laurea in fisioterapia (o titolo equipollente); tale figura professionale può essere coadiuvata per attività di supporto da altri operatori della struttura, anche al fine di offrire attività motorie e continuità nelle azioni di mantenimento dell'autonomia fisica ai residenti nell'arco dell'intera settimana (7/7).

Le prestazioni di assistenza riabilitativa fisioterapica sono individuabili in:

- individuazione degli interventi e delle prestazioni riabilitative appropriate in riferimento alle diagnosi effettuate dal medico specialista e in base agli obiettivi e alle prescrizioni terapeutiche concordate;
- elaborazione ed attuazione anche in équipe multidisciplinare di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione (individuali o collettivi);
- attività di supporto, di consulenza e di formazione al personale addetto all'assistenza di base e al personale infermieristico per garantire continuità nelle azioni di mantenimento dell'autonomia fisica del residente;
- valutazione e proposta di adozione di dispositivi (ausili, ortesi, protesi) nei percorsi di riabilitazione e/o mantenimento delle competenze funzionali dei residenti, addestramento al loro uso e verifica periodica dell'efficacia;
- partecipazione ai programmi di miglioramento della qualità e della sicurezza promossi dalla struttura, anche in riferimento a proposte dell'Azienda, di UPIPA o di Consolida.

Vengono altresì ricompresi tra le attività di riabilitazione:

- a. l'attività di sostegno anche psicologico con particolare riferimento al sostegno delle famiglie di malati affetti da demenza e del personale che opera a contatto con persone con tale patologia, dato l'elevato numero di persone affetti da gravi forme di deterioramento mentale e demenza;
- b. le attività terapeutiche di alterazioni conseguenti a disordini cognitivi, con particolare riferimento alla stimolazione ed alla riabilitazione cognitiva;
- c. le attività terapeutiche di disturbi del linguaggio e deficit di deglutizione.

Per questi fini il parametro di assistenza riabilitativa può essere coperto fino ad un massimo del 20% con personale psicologo iscritto nell'apposito albo professionale e/o con personale in possesso del diploma di laurea in terapia della riabilitazione psichiatrica (per i punti a. e b.) e/o con personale in possesso del diploma di laurea in logopedia o titolo equipollente (per i punti b. e c.).

Al fine di garantire la qualità nell'assistenza erogata, il limite massimo mensile di ore effettuabili dal personale fisioterapista libero professionista è quantificato in 195 ore, con presenza giornaliera (0-24) non superiore a 10 ore.

Se la RSA è sede di erogazione di prestazioni riabilitative (fisioterapiche) a favore di utenti esterni e/o prestazioni assistenziali in forma integrata (ad esempio Centro diurno - Presa in carico diurna continuativa) il parametro relativo al personale di riabilitazione va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.

Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.5 Assistenza generica alla persona

L'assistenza generica alla persona è garantita da personale con qualifica di operatore socio-sanitario (OSS) dipendente o convenzionato con la struttura.

La RSA in caso di necessità - specificatamente motivata – sotto la responsabilità del direttore per quanto riguarda gli aspetti formativi, può avvalersi di personale con qualifica di operatore socio-assistenziale (OSA) o ausiliario con esperienza pluriennale. Rimangono comunque escluse dalle mansioni dell'OSA/ausiliario le prestazioni specificatamente sanitarie.

Le RSA devono comunque progressivamente avvalersi di personale OSS in ragione della complessità dei residenti accolti.

Tutto il personale di assistenza deve essere coinvolto:

- in programmi di formazione, compresa la formazione sul campo, per adeguare le competenze alla complessità dei bisogni assistenziali dei residenti;
- nei progetti di miglioramento dell'assistenza e della organizzazione del lavoro;
- nei progetti di miglioramento del clima organizzativo.

Ai fini del rispetto del parametro di assistenza generica alla persona previsto dalle presenti direttive è considerato utile anche il numero degli infermieri generici presenti nella struttura.

Le attività di operatore socio-sanitario afferiscono alle seguenti aree:

- interventi di assistenza diretta alla persona;
- interventi di assistenza alla persona di specifico carattere sanitario compreso il supporto alle attività riabilitative erogate da professionisti sanitari;
- interventi di relazione con l'assistito, la famiglia, l'equipe di lavoro;
- interventi di comfort, di igiene e di sicurezza sugli ambienti di vita, assistenziali e di cura della persona;
- interventi di organizzazione e verifica delle proprie attività nell'ambito della pianificazione del lavoro e di integrazione con altri operatori e servizi.

Nel dettaglio le attività che competono agli operatori OSS sono contenute nel profilo dell'operatore socio sanitario definito dalla Giunta provinciale con deliberazione di data 30 giugno 2000 n. 1643.

Ove, considerata la gravità dei residenti, si ritenga necessaria una maggiore assistenza infermieristica è possibile coprire il parametro di assistenza generica alla persona con personale infermieristico.

Se la RSA eroga prestazioni assistenziali in forma integrata (ad esempio Centro diurno - Presa in carico diurna continuativa) il parametro relativo al personale di assistenza va integrato con unità aggiuntive in base agli accordi convenzionali o comunque al tempo dedicato dalla risorsa all'attività per esterni.

Nel caso di altre prestazioni per esterni non convenzionate le stesse devono essere assicurate con personale aggiuntivo.

7.6 Attività di animazione e di promozione sociale

L'attività di animazione e di promozione della partecipazione sociale è assicurata mediante l'impiego di personale dipendente o con personale convenzionato.

Le finalità delle attività di animazione e promozione della partecipazione sociale sono:

- mantenimento dei rapporti sociali tra le persone residenti, tra la persona, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza;
- mantenimento o potenziamento delle abilità residue nelle attività della vita quotidiana in stretta integrazione con le attività riabilitative ed assistenziali.

Le attività di animazione e promozione della partecipazione sociale consistono in:

- collaborazione nella rilevazione dei bisogni relazionali del residente, delle potenzialità residue;
- individuazione di strategie di risposta all'interno di quanto previsto dai PAI;
- programmazione ed attuazione di interventi socio-culturali-ricreativi individuali o di gruppo;
- coordinamento degli operatori e volontari addetti al servizio.

7.7 Fornitura di farmaci, presidi sanitari, ausili e altri prodotti

L'Azienda assicura, a favore delle persone non autosufficienti residenti nelle RSA, la fornitura di farmaci e di dispositivi medici di uso corrente e materiale di medicazione.

L'Azienda mantiene aggiornato in collaborazione con i professionisti delle RSA il prontuario terapeutico per RSA nell'ambito di protocolli aziendali e in analogia con quanto previsto per gli ospedali, i farmaci la cui fornitura è garantita alle RSA di cui alla presente direttiva. In coerenza con la necessaria continuità terapeutica e assistenziale e nel rispetto degli indirizzi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in caso di accesso in RSA dall'ospedale o di dimissioni ospedaliere di persone già in carico alla RSA, è garantita la fornitura personalizzata di farmaci di fascia H tramite la farmacia ospedaliera sulla base del piano terapeutico e sotto la responsabilità dello specialista prescrittore con le medesime modalità attive per l'utilizzo di detti farmaci nell'assistenza domiciliare.

L'Azienda, per ognuna delle strutture residenziali, è tenuta a evidenziare la spesa annua sostenuta per farmaci e dispositivi medici di uso corrente e a darne comunicazione annuale all'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

I Medici della RSA sono tenuti ad assicurare l'assistenza farmaceutica secondo criteri rigorosi di appropriatezza prescrittiva e nel rispetto del budget definito nelle direttive.

L'Azienda al fine di facilitare e di fornire orientamenti per l'appropriatezza ha costituito un tavolo di lavoro permanente con specialisti ospedalieri, medici delle RSA (come indicati da UPIPA e da Consolida) con la rappresentanza anche di personale infermieristico, per definire linee guida condivise sulle terapie farmacologiche più costose e/o più complesse.

Ciò in quanto, nell'ambito delle RSA, l'assistenza farmaceutica e con dispositivi medici deve realizzarsi in base a criteri di qualità ed appropriatezza prescrittiva in

modo da garantire l'efficacia, la sicurezza e l'economicità dell'intervento terapeutico e l'adeguato *follow up*, tutto nel rispetto delle evidenze scientifiche aggiornate in materia, delle eventuali note e/o indicazioni AIFA (con particolare attenzione per farmaci per i quali sia prevista prescrizione specialistica).

In particolare, è fortemente raccomandato un approccio centrato sulla periodica rivalutazione del carico terapeutico complessivo cui sono sottoposti i singoli residenti delle RSA in una visione olistica della persona e pertanto tenendo conto della esigenza di valutare sempre la possibilità di intervenire con strumenti non farmacologici per migliorare il benessere della persona. Infatti, i pazienti più anziani sono soggetti a ricevere un maggior numero o più frequentemente medicinali e perciò sono esposti ad un rischio più elevato di sviluppare reazioni avverse oltre che di incorrere in interazioni tra questi; il rischio di patologie multiple comporta poi una potenziale risposta alle terapie non sempre ottimale rispetto alle attese. Va inoltre considerata la mancanza di studi specifici a supporto dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci nella popolazione anziana, specialmente nelle fasce di età superiori a 75-80 anni.

Nel corso dell'anno i Servizi territoriali – UO Cure Primarie monitorano il consumo dei farmaci e del materiale sanitario nelle singole RSA; non sono ammessi superamenti del budget stabilito nella parte seconda delle direttive se non giustificati. In tal senso l'Azienda applica un'unica metodologia di monitoraggio e di valutazione che tiene conto della performance complessiva, anche tendenziale, della struttura nell'ambito dei consumi farmaceutici.

L'Azienda applica una procedura uniforme di recupero contabile dello sforamento, tenuto conto delle compensazioni tra budget dei farmaci e del materiale sanitario a livello di singola RSA.

L'eventuale richiesta di autorizzazione allo sforamento del budget va presentata al Servizio territoriale competente entro il 31 dicembre dell'anno in corso; la richiesta si intende accolta in mancanza di diniego entro il 31 marzo dell'anno successivo.

L'Azienda si rende disponibile con i propri professionisti a collaborare con le RSA che intendano attivare audit clinici, come percorso di miglioramento della pratica clinica.

La fornitura degli alimenti destinati a un'alimentazione particolare inclusa nei LEA nazionali, la fornitura di prodotti dietetici per nefropatici e per soggetti affetti da malattie rare e la nutrizione artificiale, ivi compreso il materiale sanitario per la sua somministrazione, incluse nei LEA provinciali, non sono ricomprese nel budget assegnato alle RSA.

I pasti per ospiti celiaci vengono assicurati, in adempimento all'art. 3 c.3 della L.P. 8/2011, direttamente dal gestore della struttura residenziale.

La fornitura gratuita dei materiali e presidi è riservata ai residenti in provincia di Trento e iscritti al SSP.

Per le persone che non beneficiano del finanziamento a carico del SSP e per le persone autosufficienti la fornitura dei farmaci viene assicurata ricorrendo all'assistenza farmaceutica convenzionata territoriale.

Il personale medico della RSA utilizza il ricettario del SSP, in dotazione specifica ed esclusiva, per l'assistenza farmaceutica alle persone non autosufficienti,

limitatamente alle prescrizioni di medicinali a base di sostanze stupefacenti e psicotrope. Il medesimo ricettario può essere utilizzato anche per la prescrizione di attività specialistica.

La RSA assicura direttamente ai residenti gli ausili per incontinenti (pannoloni e traverse).

Per le richieste di ausili che non comportino oneri a carico dell'utente/dei familiari, qualora l'ospite della RSA non sia in grado di firmare autonomamente, le domande possono essere corredate solo dalla prescrizione medica (DM 332/99).

7.8 Trasporti sanitari

L'Azienda assicura i trasporti sanitari in caso di accesso a prestazioni sanitarie, ricovero e dimissione da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, trasferimenti tra RSA. In ogni caso il trasporto viene attivato su presentazione di richiesta medica motivata.

8. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione continua è una strategia determinante per tutti gli operatori delle RSA nel corso dell'intera vita professionale e per la realizzazione degli obiettivi di miglioramento indicati nelle presenti direttive.

Le RSA sono tenute a pianificare la formazione del proprio personale in coerenza con i fabbisogni formativi rilevati in particolare nelle seguenti aree: qualità di vita dei residenti; qualità dell'assistenza; qualità dell'organizzazione dell'assistenza; qualità dell'ambiente di lavoro per il personale delle RSA e qualità della gestione delle risorse assegnate.

In particolare i medici coordinatori sono tenuti a frequentare le iniziative di formazione organizzate dall'Azienda in collaborazione con gli specialisti sui temi prioritari che annualmente saranno individuati.

9. PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI

Costituisce preciso impegno per ciascuna RSA sostenere i rappresentanti dei familiari nello svolgimento delle loro funzioni, anche attraverso un costante coinvolgimento alla vita organizzativa della struttura, nelle azioni di monitoraggio e nella valutazione della qualità di vita dei residenti nelle RSA.

10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Le RSA sono integrate nella rete di Cure Palliative provinciale con i seguenti obiettivi:

- garantire l'approccio gestionale-assistenziale, secondo modelli e paradigmi tipici delle cure palliative, alle persone con patologia oncologica o non, in fase di avanzata malattia e terminalità, residenti in una RSA del Trentino;
- rendere omogeneo il percorso di cura e assistenza, offrendo una cura attiva e globale, la salvaguardia della dignità e dell'autonomia del malato, limitando gli accessi al Pronto soccorso ed i ricoveri ospedalieri, secondo criteri orientati alla tutela dell'appropriatezza delle cure;
- rendere disponibile alle RSA il livello specialistico, medico e infermieristico, di cure palliative.

E' prevista la segnalazione preliminare, secondo le modalità indicate dalla rete delle cure palliative, effettuata dalle singole RSA utilizzando la modulistica all'uopo predisposta, di tutti i residenti per i quali viene richiesta l'attivazione di interventi dei medici palliativisti e degli infermieri del Servizio territoriale – UO Cure Primarie. La segnalazione consente di alimentare gli indicatori di monitoraggio del grado di adesione delle singole RSA al percorso di integrazione nella rete delle cure palliative.

La partecipazione del personale della RSA, in particolare dei medici e degli infermieri, ai percorsi formativi per la gestione della fase avanzata di malattia e di fine vita, organizzati da UPIPA o da Consolida, con la collaborazione dei professionisti dell'Azienda, costituisce un preciso impegno per tutte le RSA.

Nel 2020 l'Azienda elaborerà, con la collaborazione di UPIPA e Consolida, un progetto per sperimentare in almeno una RSA uno/due posti di residenzialità palliativa.

11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE

I nuclei ad alto fabbisogno assistenziale rappresentano un momento specialistico finalizzato ad obiettivi particolari quali l'assistenza a persone con gravi disturbi comportamentali o l'assistenza a pazienti affetti da forme patologiche severe che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva.

In ragione della tipologia di utenti accolti nei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale e per garantire una maggior qualificazione degli stessi sul territorio provinciale, i nuclei ad alto fabbisogno assistenziale vengono classificati in due tipologie:

- nuclei per soggetti con elevata necessità assistenziale sanitaria (nuclei sanitari);
- nuclei per demenze gravi e/o importanti disturbi del comportamento (nuclei per demenze gravi).

La formalizzazione del nucleo per demenze gravi deve corrispondere all'adozione di specifici modelli organizzativi e all'identificazione fisica dei posti letto dedicati, per la programmazione degli ingressi e la gestione delle dimissioni dal nucleo secondo criteri di appropriatezza.

Azione di miglioramento prioritaria è la promozione di modelli organizzativi basati su evidenze di efficacia, in particolare per le persone con disturbi comportamentali.

L'impegno delle RSA alle quali sono stati riconosciuti posti letto di nucleo e non hanno ancora adottato modelli organizzativi specifici, deve essere quello di avviare le azioni necessarie all'adeguamento progressivo, comprese le modifiche strutturali necessarie.

La distribuzione territoriale dei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale distinti per tipologia è quella risultante dalla tabella B), parte seconda. I posti letto nuclei garantiscono l'utenza del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza e se necessario anche degli altri Servizi territoriali – UO Cure Primarie.

I nuclei devono rispondere a precisi progetti orientati a garantire:

- assistenza mirata ai problemi;
- migliorare la qualità di vita dei residenti che presentano disturbi comportamentali;
- superare il ricorso alle contenzioni fisiche e farmacologica;
- considerare il nucleo come nodo per l'intera rete dei servizi;
- promuovere la maturazione e diffusione di una cultura assistenziale qualificata.

L'inserimento nei nuclei è temporaneo e deve rispondere a specifici obiettivi clinico-assistenziali costantemente valutati su ciascun residente accolto nel nucleo.

Compete all'UVM l'inserimento degli utenti nei posti letto di nucleo. Il medico coordinatore della RSA individua le persone da inserire fra quelle già residenti in RSA (per aggravamenti o per la definitiva destinazione rispetto alla temporanea indisponibilità dei predetti nuclei). I nuovi inserimenti operati dal medico coordinatore vanno segnalati in ogni caso all'UVM.

Su indicazione del gruppo di lavoro costituito nel 2019 per la revisione dei nuclei per demenze gravi, nel corso del 2020 verrà sperimentato un nuovo modello specializzato con la funzione di assistere persone con demenza, residenti in RSA o al proprio domicilio, quando sono presenti importanti disturbi del comportamento. Il nucleo sarà di supporto non solo ai residenti della struttura, dove è localizzato, ma anche ai residenti delle RSA vicine non dotate di nucleo.

Il nucleo diventerà un punto di riferimento importante della rete territoriale dei servizi, anche per le famiglie che assistono il proprio caro a casa, sviluppando una forte integrazione tra le RSA, l'UVM e il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) di riferimento.

Il nucleo dovrà essere in grado di erogare, in modo flessibile, più servizi (residenziale, diurno) costruendo delle progettualità personalizzate, anche a supporto dei familiari nei casi di rientro al domicilio.

Nei primi mesi del 2020 il gruppo proporrà un progetto, che sarà approvato dalla Giunta provinciale, che definisce:

- le scale per la valutazione in ingresso e per la dimissione dal nucleo,
- gli indicatori per monitorare l'attività e misurare l'efficacia (es. la riduzione della contenzione fisica, dei farmaci per limitare il disturbo del comportamento, dei ricoveri ospedalieri, la regolarizzazione del ritmo sonno-veglia),

- i requisiti strutturali e di funzionamento del nucleo, e contestualmente verranno individuate una o più la RSA coinvolte nella sperimentazione.

La sperimentazione fornirà anche indicazioni che, integrate con dati epidemiologici aggiornati, permetteranno di stimare il fabbisogno di posti di nucleo da attivare sul territorio provinciale.

A supporto dei nuclei per le demenze, entro febbraio 2020 APSS formulerà una proposta di collaborazione clinica con i CDCD di pertinenza dell'Ambito territoriale.

12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITÀ (NAMIR)

Nel caso si prospetti la necessità di trattare in RSA soggetti che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva e, nello specifico, persone in stato vegetativo o a minima responsabilità o affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) che sono state valutate di livello assistenziale NAMIR, l'UVM individua, fra le RSA quella che dispone di spazi logistici idonei e risorse professionali con specifica ed adeguata formazione.

Per le casistiche sopra indicate, il parametro assistenziale di riferimento ed il corrispondente finanziamento sono quelli dei posti letto NAMIR.

Le ore di psicologo possono essere sostituite con altre figure professionali (infermiere o fisioterapista aggiuntivo) sulla base di particolari esigenze valutate dall'UVM.

Resta inteso che alla RSA dotata di nucleo sanitario spetta la differenza tra l'integrazione tariffa NAMIR e l'integrazione tariffa sanitaria, e il parametro da integrare è quello riferito all'assistenza riabilitativa e psicologica.

Prima di inserire nuove persone con queste patologie, le UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dovranno dare comunicazione all'Azienda, al fine di verificare il rispetto del tetto di finanziamento disponibile. Analogamente, nel momento in cui la persona accolta venisse dimessa, le UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie dovranno comunicarlo all'Azienda, per consentire il monitoraggio dell'utilizzo.

Per garantire i maggiori livelli di assistenza di cui ai punti precedenti, viene destinato uno specifico finanziamento annuo complessivo nell'importo massimo di € 600.000,00.

13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO

- I posti letto di sollievo, di cui alla tabella B), parte seconda, rispondono ad un bisogno temporaneo e programmato di assistenza per permettere alla famiglia un periodo di sollievo nella presa in carico quotidiana dell'anziano. La

- permanenza nel posto letto di sollievo rientra in una progettualità più ampia condivisa tra UVM, famiglia e RSA;
- possono rispondere anche ad un bisogno di emergenza a seguito di un'assenza improvvisa del caregiver. In via residuale è consentita la copertura del posto disponibile anche con casi di urgenza "sanitaria";
 - l'inserimento di utenti nei posti letto di sollievo avviene su indicazione dell'UVM senza l'individuazione di punteggi o soglie per gli accessi; la durata del sollievo è flessibile, e viene definita dall'UVM in base al bisogno, nel limite massimo di 60 giorni all'anno. Eventuali proroghe vanno indicate nel PAI;
 - ai fini della copertura dei posti letto di sollievo non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico di cui al precedente paragrafo 7.1. L'assistenza medica alle persone inserite in posti di sollievo può essere garantita, previo accordo tra medico curante e medico della RSA, dal medico della RSA medesima;
 - al residente sono in ogni caso garantiti tutti i servizi sanitari erogati dalla RSA;
 - nel caso di aggravamenti o episodi acuti che richiedano il ricovero in struttura ospedaliera dell'ospite accolto in posto letto di sollievo, la RSA comunica l'evento all'UVM entro 3 gg.

L'assistenza alle persone accolte nei posti di sollievo deve essere gestita con le medesime condizioni di qualità e sicurezza garantite agli altri residenti, in particolare:

- assistenza medica: il medico di RSA in accordo con il medico di medicina generale del paziente garantisce la continuità clinica e terapeutica nel periodo di accoglienza e garantisce al rientro a domicilio tutte le informazioni sanitarie relative al periodo di sollievo. A tal fine il medico di medicina generale è tenuto a fornire una sintesi dei problemi clinico-assistenziali della persona e la terapia in uso;
- assistenza infermieristica: viene data continuità al piano assistenziale gestito a domicilio e vengono garantite al rientro a domicilio tutte le informazioni sanitarie relative al periodo di sollievo;
- è necessario curare il mantenimento delle autonomie della persona pianificando l'assistenza in modo coerente.

L'Azienda attiverà un gruppo di lavoro con rappresentanti dei servizi sociali delle Comunità, di UPIPA e di Consolida, per elaborare, entro marzo 2020, un protocollo operativo per la gestione dei posti letto di sollievo, inclusa anche la pubblicizzazione del servizio sul territorio.

Posti letto di sollievo dinamici

Su indicazione del gruppo di lavoro costituito nel 2019 (con rappresentanze della provincia, Azienda, servizi sociale delle comunità, UPIPA), per potenziare il servizio di sollievo nei territori che ne hanno manifestato la necessità, verranno attivati 9 posti letto temporanei (cosiddetti "dinamici") per un massimo di 4 mesi all'anno, anche frazionati. Le Comunità interessate sono:

COMUNITA'/TERRITORIO	n. posti letto
Comunità Fiemme	1
Comun General de Fascia	1
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	1

Territorio Val d'Adige	1
Comunità Val di Non	2
Comunità Alto Garda e Ledro	1
Comunità Vallagarina	1
Comunità Altipiani Cimbri	1
TOTALE	9

Per finanziare questi posti letto viene destinato uno specifico finanziamento annuo complessivo nell'importo di Euro 84.000,00.

Le Comunità sopra indicate avvieranno un confronto con le RSA del territorio e le Cure Primarie per individuare le RSA nelle quali attivare i posti letto di sollievo e il periodo di utilizzo. Le informazioni dovranno essere comunicate all'Azienda entro febbraio 2020. Per questo scopo possono essere utilizzati posti letto RSA accreditati, posti letto RSA autorizzati per i quali verrà richiesto un'accreditamento provvisorio oppure potrà essere richiesta un'autorizzazione e accreditamento provvisorio ex novo.

Qualora non venissero individuati tutti i posti sopra indicati, verrà verificato l'interesse da parte delle comunità in elenco ad attivare ulteriori posti.

Le nuove modalità di gestione dei posti di sollievo verranno monitorate utilizzando specifici indicatori.

14. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)

La RSAO costituisce uno degli elementi della rete dei servizi sanitari territoriali che in ragione della sua collocazione logistica, contigua ad una struttura ospedaliera, rappresenta la sede di risposta ai bisogni assistenziali derivanti da situazioni clinico assistenziali di notevole impegno, anche se stabilizzate, rispetto alle quali emerga la necessità di:

- continuità terapeutica ed assistenziale rispetto al ricovero ospedaliero;
- supporto, seppur in forma ridotta, dei servizi sanitari ed assistenziali propri della struttura ospedaliera.

I criteri che devono uniformare le modalità di funzionamento delle RSAO sono i seguenti:

1. l'accesso alla RSAO è riservato, di norma, ai trasferimenti richiesti dalle Unità Operative per acuti della rete ospedaliera provinciale per la prosecuzione di trattamenti in atto, previa valutazione dell'UVM integrata dal medico curante dell'Unità Operativa inviante;
2. l'accesso alla RSAO è ammesso anche per utenti provenienti dal territorio, per situazioni clinico assistenziali di notevole impegno, previa valutazione dell'UVM;
3. la durata del ricovero in RSAO è a termine, e predefinita dall'UVM con durata massima indicata in 180 giorni, prorogabili per documentate esigenze sanitarie da comunicare per conoscenza al Servizio competente;
4. le funzioni assistenziali delle RSAO sono riferibili a pazienti stabilizzati in fase post-acuzie affetti da quadri di polipatologia cronica in condizioni di buon

compenso per i quali anche in previsione di un successivo inserimento in altri ambiti assistenziali a minore complessità è necessario:

- mantenere i livelli residui di autosufficienza o migliorare deficit funzionali recuperabili;
 - assicurare un primo trattamento di rieducazione funzionale;
 - assicurare un adeguato trattamento sanitario nelle situazioni clinico-assistenziali nelle quali, pur non ricorrendo la necessità di assistenza sanitaria di particolare intensità, il miglioramento dello stato di salute dipenda dall'atto medico;
5. assicurare una sorveglianza medica quotidiana e/o un piano di nursing personalizzato;
 6. ai fini della copertura dei posti letto in RSAO non operano le disposizioni relative alla sospensione della scelta del medico di cui al precedente paragrafo 7.1, come previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 711 di data 28 marzo 2003.

Considerata la tipologia delle persone inserite nelle RSAO, che evidenzia, come bisogno sanitario prevalente, il recupero della mobilità con specifica attività riabilitativa, per la copertura del parametro di assistenza infermieristica si può ricorrere a personale con qualifica di fisioterapista fino al massimo di una unità.

Nel caso di aggravamenti o episodi acuti che richiedano il ricovero in struttura ospedaliera dell'ospite accolto in posto di RSAO il gestore comunica l'evento all'UVM entro 3 gg.

15. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA

L'accesso alle RSA è gestito dalle UVM sulla base di criteri di appropriatezza alla progettualità residenziale. L'UVM costituisce il luogo di costruzione delle progettualità e di regia dei percorsi delle persone con bisogni complessi.

Le modalità di accesso alle RSA sono gestite dall'UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie che formula gli elenchi dinamici degli assistiti per i quali l'inserimento in RSA rappresenta il progetto più appropriato.

La gestione del predetto elenco dinamico è di competenza dell'UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie, la quale, ai sensi dell'art. 6, comma 4, della legge 328/2000, informa il comune di residenza del nominativo dell'assistito iscritto.

Ai fini dell'accesso alla RSA è definita la seguente procedura:

1. l'UVM predispose un elenco dinamico per ambito territoriale sanitario di competenza e per singola RSA, che viene redatto tenuto conto anche dell'eventuale preferenza dell'utente e nel rispetto della valutazione espressa utilizzando la Scheda per la Valutazione Multidimensionale (SVM) e il "Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in Residenza" approvato, come Allegato 2), con la deliberazione della Giunta provinciale n. 2414 del 20 dicembre 2016;
2. all'atto dell'ingresso in RSA, le UVM assicurano l'aggiornamento della valutazione clinica della persona interessata in tutti i casi in cui sia ritenuto

- necessario e comunque in tutti i casi in cui siano decorsi più di 6 mesi fra l'ultima valutazione UVM e l'ingresso;
3. la RSA comunica tempestivamente all'UVM la disponibilità del posto letto negoziato e le caratteristiche dello stesso. La comunicazione della disponibilità del posto letto da parte della RSA dovrà avvenire alla segreteria dell'UVM del Servizio territoriale – UO Cure Primarie;
 4. l'UVM, in relazione alla tipologia del posto letto disponibile, comunica il nominativo dell'utente da accogliere alla RSA, previa conferma dell'interessato. I Servizi territoriali – UO Cure Primarie si impegnano a garantire alle RSA la segnalazione del nominativo della persona da inserire entro le 72 ore dalla comunicazione della disponibilità del posto letto;
 5. le famiglie delle persone, che in base all'elenco dinamico si trovano nella posizione di imminente inserimento, verranno preallertate con comunicazione diretta da parte del Servizio territoriale – UO Cure Primarie, in collaborazione con i Servizi sociali per i casi da loro segnalati. Attraverso tale comunicazione il Servizio territoriale – UO Cure Primarie acquisisce dall'interessato o dai familiari il consenso definitivo all'inserimento in RSA ovvero il rifiuto;
 6. il consenso o il rifiuto all'inserimento deve essere dato con la necessaria rapidità al fine di permettere la tempestiva comunicazione del nominativo alla RSA;
 7. in caso di rifiuto della famiglia, il nominativo della persona verrà sospeso dall'elenco dinamico, fatta salva la possibilità di un successivo reinserimento su specifica richiesta del medico di medicina generale o dell'assistente sociale;
 8. nel caso in cui la persona da inserire sia ricoverata in ospedale e non si ravvisino le condizioni per una dimissione e trasferimento in RSA entro le 48 ore, il Servizio territoriale – UO Cure Primarie avrà facoltà di chiamare la persona in posizione immediatamente successiva nella graduatoria dinamica;
 9. per gestire le disponibilità di posti letto pervenute alla segreteria UVM il venerdì pomeriggio, ciascun Servizio territoriale – UO Cure Primarie concorderà con le rispettive RSA le modalità di segnalazione;
 10. le disponibilità di posti letto pervenute nelle giornate di sabato e domenica verranno considerate il lunedì mattina (nel caso di giornate festive infrasettimanali la giornata successiva alla festività);
 11. qualora la famiglia desiderasse posticipare di qualche giorno l'inserimento della persona, è facoltà della RSA chiedere la corresponsione di una retta di prenotazione del posto letto dal 2° giorno successivo alla chiamata da parte della struttura;
 12. la RSA comunica all'UVM il giorno di effettivo ingresso dell'utente;
 13. la RSA segnala al comune di residenza il nominativo dell'utente ammesso;
 14. la RSA entro 21 giorni dall'ingresso del residente elabora il primo PAI e ne trasmette copia all'UVM di riferimento, mediante il sistema Atlante, nella versione “sintetica”. Ai fini della trasmissione nel flusso NSIS della valutazione all'ingresso, la RSA ha facoltà di utilizzare i dati relativi alla valutazione UVM;
 15. la RSA è tenuta a trasmettere all'UVM i PAI con contenuti informativi minimi utilizzando lo schema già fornito dall'Azienda-PAT, almeno con periodicità semestrale;

16. per la gestione dei farmaci in fase di ingresso, qualora non fosse disponibile il medico della struttura residenziale preposto alla prescrizione, le RSA hanno facoltà di consorzarsi per riuscire a garantire l'intervento del medico;
17. nel caso di dimissioni programmate, la RSA comunicherà anticipatamente al Servizio territoriale – UO Cure Primarie la data di disponibilità del posto letto.

In sede di vigilanza di cui al successivo paragrafo 16, l'Azienda verificherà a campione la coerenza tra il PAI e la sua versione "sintetica".

Per la procedura di accesso e di segnalazione delle presenze (comprese le eventuali temporanee assenze), i Servizi territoriali – UO Cure Primarie e le RSA utilizzano il sistema informativo automatizzato dell'Azienda denominato "Atlante".

Gli utenti ammessi in RSA diversa rispetto a quella richiesta come prima scelta, sono mantenuti nell'elenco dinamico della medesima RSA, conservando la propria posizione all'interno della graduatoria. Nell'ipotesi di rinuncia da parte dell'interessato al posto nella RSA di prima scelta, il suo nominativo deve essere cancellato dall'elenco dinamico. In ogni caso la persona con profilo di valutazione UVM da 12 a 17, dopo 6 mesi di permanenza nella RSA diversa rispetto a quella di prima scelta, acquisisce la priorità di accesso nella RSA di prima preferenza.

Oltre alla fattispecie di cui sopra, è altresì possibile il trasferimento di un residente da una RSA ad un'altra su richiesta dell'interessato con la seguente procedura:

1. richiesta di trasferimento da parte del residente o dei familiari all'UVM ove ha sede la RSA di destinazione;
2. inserimento del richiedente nell'elenco dinamico della RSA di destinazione, nel rispetto della valutazione espressa utilizzando la Scheda SVM;
3. in caso di sopraggiunto aggravamento della persona, l'UVM rivaluta il caso su richiesta del medico della RSA.

L'Azienda è tenuta a trasmettere al Servizio competente entro i primi 15 giorni di ogni mese un rapporto specifico riferito al mese precedente riguardante la lista di attesa delle persone eleggibili in RSA, distinta per Servizio territoriale – UO Cure Primarie. La lista non deve comprendere i casi che hanno trovato temporanea collocazione in RSA territoriali o ospedaliere (trattasi generalmente delle c.d. seconde scelte).

16. VIGILANZA SULLA RSA

L'attività di vigilanza dei Servizi territoriali – UO Cure Primarie nei confronti delle RSA, quali gestori dell'assistenza per conto del Servizio Sanitario Provinciale, è finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza garantita ai residenti delle strutture, alle modalità di attuazione delle direttive provinciali ed al monitoraggio continuo delle azioni di miglioramento messe in atto dalle RSA.

In particolare i Servizi territoriali – UO Cure Primarie, attraverso le attività di verifica, tengono monitorati nel tempo:

- la capacità delle strutture di corrispondere alle esigenze di vita dei residenti, con un approccio personalizzato e globale in grado di tutelare e promuovere il rispetto dei principi di autonomia e libertà delle persone accolte;
- lo sforzo prodotto dalle RSA nel mantenere un significato esistenziale alla vita dei residenti;
- la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle cure;
- la coerenza dell'attività con il rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- il rispetto delle Direttive RSA.

L'attività di vigilanza è parte integrante del processo di verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento da parte delle RSA. In particolare, il monitoraggio è funzionale ad accertare il rispetto degli standard di sicurezza e qualità correlati ai servizi erogati dalle strutture e a supportare il miglioramento continuo, organizzativo e assistenziale. In sede di vigilanza la RSA è tenuta a relazionare anche sull'attività, sia qualitativa che quantitativa, del coordinamento sanitario.

A tal fine il Servizio territoriale – UO Cure Primarie, in accordo con gli uffici provinciali competenti in materia di autorizzazione e accreditamento, e nel rispetto della disciplina generale dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) della Provincia autonoma di Trento ai sensi della deliberazione provinciale n. 1848/2018, programmerà una vigilanza che permetta di:

- armonizzare i tempi e le modalità organizzative del sopralluogo presso la struttura con gli audit di rinnovo dell'accREDITAMENTO;
- garantire una valutazione complessiva integrata delle funzioni autorizzate e accreditate dalle strutture sanitarie e sociosanitarie (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale);
- attivare, per le strutture che lo necessitano, interventi di vigilanza e supporto ai percorsi di miglioramento della qualità più intensivi e mirati rispetto alle altre strutture;
- mantenere un monitoraggio continuo sulle strutture.

Vigilanza tecnico-sanitaria

Sono previste tre tipologie di vigilanza tecnico-sanitaria. L'Azienda predispone un calendario e comunica alle RSA a quale tipologia di vigilanza sarà interessata nell'anno.

Le visite presso le RSA sono svolte dal Servizio territoriale – UO Cure Primarie alla presenza del coordinatore sanitario e del coordinatore infermieristico della struttura residenziale.

1. Audit di accreditamento o rinnovo di accreditamento istituzionale

La vigilanza tecnico sanitarie è effettuata all'interno dell'audit attraverso l'utilizzo di specifici strumenti (check list sui principali processi assistenziali). Le eventuali non conformità rilevate meritevoli di prescrizioni di adeguamento da parte della RSA sono documentate nel verbale conclusivo dell'audit di accreditamento. Questa modalità coinvolge ciascuna RSA una volta ogni tre anni. La RSA che è interessata a questo tipo di vigilanza non sarà sottoposta ad altro tipo di vigilanza.

2. Vigilanza tecnico sanitaria con sopralluogo in struttura

Sono interessate a questa tipologia di vigilanza le RSA che hanno ottenuto nell'anno precedente valori di conformità alle check list inferiore al 65%, salvo il caso in cui siano interessate all'intervento di vigilanza di cui al punto 1.

Il sopralluogo prevede l'utilizzo di una check list costituita dai requisiti per i quali sono stati rilevati nell'ultima vigilanza i livelli di conformità più bassi. Rispetto ai processi assistenziali: gestione del dolore, qualità di vita, gestione dell'alimentazione e dalla check list integrale sulla gestione della terapia farmacologica. La finalità prevalente di questa modalità è quella di attivare, dalle strutture che lo necessitano, interventi di vigilanza e supporto ai percorsi di miglioramento della qualità più intensivi e mirati rispetto ad altre.

3. Monitoraggio senza sopralluogo in struttura

Questa tipologia ha la finalità di mantenere un monitoraggio continuativo, in particolare sulla qualità delle attività svolte e degli esiti sulle strutture, che nell'anno non sono interessate dalle modalità di verifica 1. o 2.

Le principali azioni di monitoraggio individuate sono:

- monitoraggio adeguamento a raccomandazioni contenute nell'ultimo verbale di vigilanza,
- raccolta delle segnalazioni/lamentele di utenti/famigliari. A tal fine l'Azienda strutturerà le modalità di raccolta e gestione delle segnalazioni attinenti la singola RSA (non solo di utenti/famigliari ma anche degli organismi ispettivi istituzionali, degli operatori ecc...),
- analisi della relazione sanitaria del coordinatore sanitario,
- analisi delle reportistiche dell'Azienda sull'uso dei farmaci e dispositivi medici,
- analisi degli indicatori sugli accessi al pronto soccorso, sui ricoveri, prestazioni specialistiche ecc..
- Numero e qualità segnalazioni dei residenti alla rete cure palliative,
- Evidenze da attestazioni certificazioni e/o accreditamenti di qualità,
- Evidenze di audit di valutazione partecipata con altri soggetti.

Anche questa modalità di vigilanza sarà documentata attraverso un verbale che riporterà eventuali scostamenti dall'atteso e raccomandazioni di orientamento alla struttura.

Vigilanza amministrativa

Sono altresì previste verifiche di tipo amministrativo (vigilanza amministrativa) di competenza del Servizio amministrazione territoriale, di riscontro tra la dotazione di personale di assistenza, dichiarata dalla RSA e la dotazione effettiva. A tale scopo possono essere visionati gli elenchi del personale in servizio impiegato in ciascuno dei servizi gestiti dalla struttura (RSA, centro diurno, punto prelievo ...). In presenza di centri diurni integrati o di accoglienze diurne (PIC) la verifica sulla dotazione di personale viene fatta cumulativamente.

Per facilitare la vigilanza è necessario che le strutture diano evidenza di come garantiscono l'erogazione dell'assistenza attraverso l'apporto del personale finanziato in modo specifico per le funzioni convenzionate o aggiuntivo per le attività per esterni non solo attraverso la quantificazione del personale a parametro.

L'Azienda segnala, in sede di controllo, all'Ordine professionale degli infermieri – OPI, all'Ordine dei Medici della provincia di Trento e alla RSA di riferimento eventuali anomalie in ordine al monte ore eseguito dai singoli professionisti, ai fini delle verifiche previste dalle vigenti disposizioni contrattuali e dalle norme professionali etico-deontologiche.

Il gruppo di lavoro istituito nel 2019 con la finalità di elaborare una proposta per passare alla quantificazione del parametro del personale in minuti assistenziali, prima di dare indicazioni in tal senso, verificherà nel corso del 2020 la possibilità di sviluppare un gestionale informatizzato in grado di rilevare i minuti assistenziali collegandosi alle timbrature. Nel frattempo verranno individuate, su proposta di UPIPA sentita anche Consolida, almeno 15 RSA disponibili a utilizzare lo strumento di rilevazione dei minuti assistenziali testato nel 2019 garantendo la rappresentatività delle diverse tipologie di software utilizzate.

Resta ferma la facoltà dell'Azienda di attivare sopralluoghi o altre forme di vigilanza in relazione ad eventi specifici quali ad esempio segnalazioni o altri rilievi che facciano emergere possibili non conformità o criticità relative alla qualità dell'assistenza erogata.

Tra Azienda e RSA possono inoltre essere concordate forme di vigilanza su aspetti specifici.

I risultati delle attività di vigilanza devono essere riportati in apposita relazione e trasmessi all'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza e alle singole strutture interessate evidenziando in particolare le criticità rilevate. In caso di necessità l'Azienda emana specifiche prescrizioni che indicano i provvedimenti da adottare.

L'Azienda trasmetterà entro la fine del 2020 alle RSA una relazione sugli esiti della vigilanza (indicatori di qualità) relative alle visite svolte nell'anno 2020. La relazione includerà in forma anonima anche gli esiti di tutte le altre RSA.

17. FLUSSI INFORMATIVI

17.1 Presenze residenti

Le RSA sono tenute ad aggiornare con la massima tempestività le presenze dei residenti mediante il programma Atlante indipendentemente dalla tipologia di servizio attivato (posto letto RSA per non autosufficienti posto letto di casa soggiorno, etc...) e dal soggetto tenuto al pagamento delle rette.

17.2 Elenco residenti

In allegato alla comunicazione di adesione al sistema di finanziamento disciplinato dalle presenti direttive, le RSA trasmettono una dichiarazione sostitutiva di atto

notorio resa dal legale rappresentante della struttura attestante che gli ospiti occupanti i diversi tipi di posti letto della struttura sono quelli presenti in Atlante al 01.01.2020.

17.3 Informazione sui medici delle RSA

Entro il 15 gennaio 2020 le RSA trasmettono ai Servizi territoriali – UO Cure Primarie dell’ambito territoriale di competenza i nominativi del/i medico/i incaricato/i per l’assistenza medico generica e il coordinamento sanitario della struttura, comunicando altresì l’impegno orario settimanale per i soli medici in convenzione con l’Azienda.

17.4 Banca dati ministeriale

Per adempiere agli obblighi ministeriali di cui al D.M. 17 dicembre 2008 “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali” pubblicato il 9 gennaio 2009 volti allo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) le RSA sono tenute a mantenere aggiornata la Banca dati dell’Azienda, attraverso il programma Atlante o i propri software aziendali purché sia garantito l’interfacciamento dei dati.

Qualora la RSA non invii con la regolarità richiesta i flussi informativi, l’Azienda procederà a una riduzione del finanziamento tenuto conto delle anomalie registrate e secondo i criteri e modalità già stabiliti dal Servizio competente.

L’Azienda elabora per il Servizio competente entro il mese di febbraio 2020 una reportistica sintetica dei dati del flusso NSIS riferiti all’anno precedente. Sarà cura del servizio provinciale individuare una modalità di condivisione e confronto con le RSA ed Azienda degli esiti di tale elaborazione.

Per quanto riguarda i dati 2019 l’Azienda elaborerà tale reportistica entro il mese di febbraio 2020.

17.5 Documentazione contabile

Le RSA trasmettono al Servizio competente i seguenti documenti contabili, entro 15 giorni dalla loro approvazione, al massimo dettaglio disponibile:

1. il budget 2020 e il bilancio preventivo economico pluriennale di previsione (2020-2022), completi di relazioni e allegati (compreso l’elenco dei dati relativi alla consistenza analitica del personale e alla relativa spesa distinta per voci stipendiali e oneri riflessi);
2. il bilancio di esercizio 2019 con relative relazioni ed allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2020 (per gli enti gestori APSP il riferimento è il comma 3 art. 6 LR 7/2005).

Le RSA si impegnano inoltre a fornire al Servizio competente, a richiesta, i dati necessari a garantire processi di miglioramento della qualità e dell’efficienza, nonché a pervenire alla definizione di costi standard relativi al servizio.

17.6 Rette alberghiere

Le RSA trasmettono al Servizio competente, entro il giorno successivo alla loro approvazione, l'importo della retta alberghiera base a carico dei residenti.

Entro il mese di gennaio 2020, le RSA devono pubblicare sul proprio sito istituzionale le informazioni relative alle rette e tariffe applicate, sulla base dello schema-tipo allegato alla deliberazione n. 2481/2018.

Nel corso del 2020 il Servizio competente, in collaborazione con UPIPA e Consolida, lavorerà al fine di definire il contenuto standard della retta alberghiera base.

Contestualmente alla trasmissione del bilancio di esercizio, le RSA inviano un prospetto dettagliato delle entrate relative ai servizi/prestazioni erogate ai residenti e non comprese nella retta alberghiera base.

18. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO

Le RSA sono tenute a garantire ai soggetti di formazione della Provincia autonoma di Trento (Polo Universitario delle professioni sanitarie dell'Azienda, in particolare per i corsi di laurea in Infermieristica e in Fisioterapia e alle Scuole provinciali per operatore socio sanitario (OSS), Scuola di formazione specifica in medicina generale) la possibilità di far svolgere agli studenti il periodo di tirocinio (della durata di circa un mese) previsto dai rispettivi ordinamenti didattici. Nella tabella F è indicato, per ciascuna RSA, il numero di studenti minimo per i quali la RSA è tenuta, se contattata dai predetti Soggetti di formazione, a garantire il supporto formativo nell'anno (solare) 2020. Il parametro utilizzato è di 1 studente ogni 4,5 posti letto convenzionati con il SSP. Per esigenze didattiche potrà essere richiesto alla RSA di accogliere contemporaneamente fino a 1 studente ogni 15 posti letto.

L'attività di supervisore/tutor sarà accreditata ai fini del conseguimento dei crediti ECM. La Provincia autonoma di Trento, tramite i predetti Soggetti di formazione, potrà organizzare specifica formazione da rivolgere agli operatori supervisori del tirocinio.

Qualora i soggetti di Formazione segnalassero inadempienze da parte delle RSA, sarà cura del Servizio competente valutare quali azioni operare in termini di recupero tariffario.

19. DISPOSIZIONI VARIE

Gli enti gestori sono tenuti alla pubblicazione della Carta dei servizi sul proprio sito istituzionale.

Ai fini del conteggio della durata del ricovero in RSA il giorno di ingresso e il giorno di uscita sono conteggiati come un sol giorno.

I residenti delle RSA partecipano alla spesa, secondo la normativa vigente.

In caso di accoglienza di persone non autosufficienti in posti letto non negoziati con l'Azienda, la dotazione di personale va integrata secondo quanto previsto nell'allegata Tabella A), parte seconda.

Eventuali prestazioni sanitarie in favore di persone autosufficienti sono assicurate dalla struttura avvalendosi del personale sanitario e assistenziale a rilievo sanitario di cui alle presenti direttive.

In relazione al numero di posti letto negoziati, qualora ne venga accertato un sottoutilizzo, l'Assessorato alla Salute, Politiche sociali, disabilità e famiglia - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza motivatamente autorizza l'utilizzo di detti posti in favore di persone autosufficienti o non autosufficienti, rispettivamente residenti in provincia di Trento o fuori provincia.

Fatta salva l'eventuale disciplina specifica individuata nei diversi ambiti delle presenti direttive, in caso di inadempienza o inosservanza delle disposizioni da parte della RSA, il Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza provvede ad acquisire le motivazioni addotte dalla RSA ponendo dei termini perentori di risposta, comunque non superiori a 10 giorni. Nel caso di mancata risposta o nel caso gli elementi della risposta non vengano condivisi dal Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza la RSA deve essere diffidata ad adeguarsi entro un termine esplicito trascorso il quale l'Azienda è tenuta a porre in essere ogni azione a tutela del SSP, anche con recuperi finanziari rispetto all'oggetto del contendere.

I posti letto non convenzionati con il SSN possono essere occupati da paganti in proprio con retta determinata da ciascun ente gestore.

Ai sensi del nuovo Regolamento generale sulla protezione dei dati, Regolamento Ue 2016/679 (GDPR), l'Azienda e i singoli enti gestori trattano e condividono dati degli utenti per cui emerge una situazione di contitolarità e pertanto devono definire, tramite un accordo interno, le rispettive responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dal citato Regolamento. Al fine evitare la redazione e sottoscrizione di molteplici atti bilaterali tra le Parti, la formale accettazione delle direttive include anche l'accettazione dell'accordo di contitolarità nella gestione dei dati degli utenti. Il contenuto dell'accordo costituisce specifico allegato alle presenti direttive (allegato G).

PARTE SECONDA

FINANZIAMENTO ALLE RSA DELLE SPESE RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO A FAVORE DELLE PERSONE RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO PER L'ANNO 2020 E DISPOSIZIONI PER LA CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA

Per il finanziamento delle attività delle RSA sono poste a carico del Fondo Sanitario Provinciale le seguenti prestazioni-attività come declinate nella “parte prima” delle presenti direttive:

- l'assistenza medica e il coordinamento sanitario;
- l'assistenza medica specialistica;
- l'assistenza infermieristica;
- l'assistenza riabilitativa;
- l'assistenza generica alla persona;
- l'attività di coordinamento dei servizi;
- l'attività di animazione;
- la fornitura di farmaci, presidi sanitari e altri prodotti;
- i trasporti sanitari;
- la quota parte dei costi generali e amministrativi forfettariamente attribuita alla competenza della Sanità.

1. TARIFFA

Per ogni posto letto convenzionato l'Azienda riconosce a ogni ente gestore di RSA una tariffa giornaliera, che tiene conto:

- della dinamica dei costi in relazione alla dimensione della struttura (per determinare la dimensione della RSA, al fine di individuare la tariffa sanitaria da applicare, si considerano i posti letto accreditati alla data di approvazione delle presenti direttive);
- della diversa intensità di risorse impiegate nei nuclei ad alto fabbisogno assistenziale;
- del profilo assistenziale nelle RSA a sede ospedaliera.

La tariffa giornaliera (più oneri fiscali, se dovuti) viene riconosciuta per ciascun posto letto in base all'effettiva occupazione (da intendersi posto letto occupato anche i casi di temporanee assenza con mantenimento del posto letto).

Limitatamente ai posti letto di sollievo di cui all'allegata tabella B e ai posti di sollievo dinamici, la tariffa giornaliera viene riconosciuta indipendentemente dall'effettiva occupazione (modalità vuoto per pieno).

La tariffa verrà ridotta del 50% in caso di assenza prolungata del residente (incluso ricovero ospedaliero). La decurtazione avverrà a partire dal 31esimo giorno di assenza consecutiva.

La tariffa ricomprende i costi relativi a:

- personale assistenziale socio-sanitario nei parametri indicati nella tabella A.;
- assistenza medica e coordinamento sanitario;
- ausili per incontinenza;
- quota parte dei costi generali e amministrativi forfettariamente attribuita alla competenza della Sanità.
- una quota forfetaria per il fisiologico lasso di tempo intercorrente tra la messa a disposizione del posto letto e la sua successiva occupazione;
- quota forfetaria relativa ai costi per assenze lunghe e maternità.

Le tariffe delle RSA che trovano applicazione per l'anno 2020 sono le seguenti:

Tipologia RSA territoriale	Tariffe giornaliere in Euro
Fino a 40 p.l. accreditati	87,57
da 41 a 50 p.l. accreditati	80,68
da 51 a 60 p.l. accreditati	77,97
da 61 p.l. accreditati	76,42
Incremento per p.l. nucleo demenze	27,00
Incremento per p.l. nucleo sanitario	39,12
Incremento per p.l. namir	50,97
Tipologia RSA a sede ospedaliera	108,85

Eventuali modifiche nel corso dell'anno del numero dei posti letto accreditati che comportino l'applicazione di un diverso importo tariffario giornaliero, determinano la revisione del finanziamento complessivo a partire dal 1° giorno del mese successivo alla modifica.

Si dà atto, a mero titolo informativo e per ogni utilità, che la quota di finanziamento relativa all'assistenza medica e di coordinamento sanitario e agli ausili per incontinenza ricompresa nella tariffa è così dettagliata:

assistenza medica e di coordinamento sanitario:

- quota annua a posto letto base+sollievo: € 659,30
- quota annua a posto letto nucleo: € 1.318,60
- quota annua a posto letto RSAO: € 1.977,90

ausili per incontinenza:

- quota annua a posto letto negoziato: € 484,46

Al fine della definizione del finanziamento si considera il giorno di ingresso e non quello di dimissione; il medesimo principio viene utilizzato anche per la definizione della tariffa sanitaria in caso di spostamento da una tipologia di posto letto ad un'altra.

2. FORNITURA BENI E SERVIZI

Alle RSA sono inoltre forniti direttamente dall'Azienda i seguenti beni e servizi:

- farmaci (inclusa fornitura di ossigeno):
 - a) per le RSA territoriali è previsto un finanziamento annuale forfetario per posto letto negoziato di € 456,25 per un valore complessivo di € 2.079.132,30 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richieste prodotte dalle RSA;
 - b) per le RSA a sede ospedaliera è previsto un finanziamento annuale forfetario di € 1.412,55 per posto letto negoziato, per un importo di € 90.403,20; per le RSA a sede ospedaliera aventi natura giuridica privata la fornitura diretta dei farmaci può essere sostituita, d'intesa con l'Azienda, con un compenso annuale per posto letto come sopra indicato;
- materiale sanitario (materiale di medicazione, cateteri ed altri presidi specificatamente individuati dalla Provincia) finanziato nella misura annuale forfetaria di € 351,22 per posto letto negoziato per un importo massimo complessivo annuo di € 1.622.987,20 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi). La fornitura avviene sulla base di richiesta periodica formulata dalla RSA; per le RSA a sede ospedaliera aventi natura giuridica privata la fornitura diretta del materiale sanitario può essere sostituita, d'intesa con l'Azienda, con un compenso annuale per posto letto come sopra indicato;
- assistenza medica specialistica: viene erogata direttamente dall'Azienda, di norma attraverso il proprio personale dipendente, nel numero massimo di ore indicato, per ciascuna RSA, nell'allegata tabella D). Allo scopo peraltro di incentivare l'accesso di medici specialisti in RSA, l'Azienda recupera all'interno del proprio bilancio un finanziamento pari ad € 598.362,00 (inclusi i 25 posti letto delle comunità residenziali per religiosi) da utilizzare per stipulare accordi specifici con medici specialistici. Qualora il Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza abbia preventivamente dichiarato la propria impossibilità a garantire le ore che la singola RSA, all'interno del limite massimo di cui all'allegata tabella D), ha richiesto e che l'UVM ha considerato come appropriate, la RSA può attivarsi autonomamente, con successivo rimborso del costo effettivamente sostenuto.

3. ACCANTONAMENTI E FONDI

3.1 Accantonamento per potenziamento servizio di sollievo

Per potenziare il servizio di sollievo è prevista l'attivazione di posti letto in alcuni periodi dell'anno, come previsto al paragrafo 13 parte prima.

A tal fine è costituito, per l'anno 2020, un accantonamento di € 84.000,00.

3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo livello NAMIR

Per il finanziamento integrativo alle RSA che accolgono persone che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva, di cui al paragrafo 12, parte prima delle presenti direttive, vengono accantonate in un apposito fondo delle risorse pari ad € 600.000,00.

3.3 Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni

Per le attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni assistiti dal SSP viene istituito un apposito fondo, pari ad € 100.000,00, destinato ad integrare il finanziamento riconosciuto secondo il Nomenclatore. La ripartizione di tale fondo, fra le diverse strutture, avviene da parte del Servizio competente, tenuto conto delle prestazioni svolte da ciascuna RSA nel corso del 2020.

3.4 Fondo di riequilibrio

Il fondo di riequilibrio, pari ad € 350.000,00 è istituito per una duplice finalità:

1. per interventi finalizzati al finanziamento di particolari necessità assistenziali individuali e certificate dall'UVM. La richiesta va presentata dai Servizi territoriali – UO Cure Primarie al Servizio competente per il tramite della Direzione sociosanitaria; la valutazione della richiesta è di competenza del Servizio competente.

I progetti assistenziali sono definiti dall'UVM, su specifici e documentati bisogni dei residenti, che non possano essere adeguatamente soddisfatti con gli ordinari parametri di personale.

Il progetto specifica nel dettaglio le attività dell'operatore il cui costo è sostenuto dal fondo, esplicitandone l'impegno giornaliero unicamente in favore del residente individuato.

Le persone eleggibili sono persone con gravi problemi comportamentali.

Il progetto, definito dalla UVM, ha carattere di temporaneità, fino a quando l'équipe della RSA non riesca a trovare delle soluzioni per far fronte ai bisogni assistenziali o subentrino cambiamenti nelle condizioni del residente. L'UVM definisce i tempi di rivalutazione e la durata del progetto;

2. per rimborso degli oneri sostenuti dalle APSP gestori di RSA per la fruizione dei distacchi sindacali da parte dei dipendenti, così come concordato nell'ambito della Commissione provinciale per l'integrazione socio-sanitaria ai sensi dell'art. 42 della L.P. 13/2007 nella seduta del 17 giugno 2008. Il Servizio competente comunicherà all'Azienda l'importo da corrispondere alle APSP interessate, previa presentazione da parte delle APSP di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il rendiconto delle spese effettivamente sostenute per la fruizione di tali permessi da trasmettere al Servizio competente entro il 31 gennaio 2021.

4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI

L'erogazione delle somme di cui alla tabella E), avviene con versamenti mensili posticipati in base alle presenze effettive.

I finanziamenti vengono corrisposti su presentazione di idonea documentazione. Con il versamento del mese di dicembre dell'anno di riferimento viene eseguito il conguaglio rispetto all'eventuale recupero tariffario di cui al successivo paragrafo 6. Tutte le operazioni di finanziamento ed i controvalori delle forniture dirette di beni e servizi disposte dall'Azienda a favore delle RSA devono trovare specifica contabilizzazione nel bilancio delle stesse attraverso l'istituzione di specifici capitoli.

Analoghe contabilizzazioni saranno disposte anche nel bilancio delle RSA private. La valorizzazione effettiva dei beni forniti direttamente dall'Azienda dovrà essere effettuata secondo i valori indicati dalla medesima in occasione di ogni fornitura, contabilizzando ogni singola operazione di consegna con l'emissione da parte della RSA di appositi titoli di spesa commutabili in quietanze di entrata.

5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE

Nel 2020 le RSA che hanno una retta alberghiera base 2019 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere base 2019 (€ 47,63) possono aumentare la retta fino al valore della media ponderata 2019; gli altri enti gestori possono adeguare l'importo della retta applicando l'indice dei prezzi al consumo utilizzato dall'ISTAT per le rivalutazioni monetarie (FOI) pari allo 0,1% (periodo novembre 2019 - variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente).

Per il calcolo della media ponderata si è considerato il numero dei posti letto convenzionati e la retta alberghiera base applicata al primo luglio 2019.

L'inosservanza della disposizione comporterà la sospensione del versamento mensile del finanziamento di cui al precedente punto 4. nella misura del 10% fino alla rideterminazione della retta. Rimane onere della RSA il rimborso al residente delle somme incassate in eccesso.

Il Servizio competente comunicherà all'Azienda gli eventuali provvedimenti da adottare.

Nella retta alberghiera base sono inclusi anche i servizi/prestazioni relativi alla fase di ingresso in struttura.

Ai fini del conteggio della durata del ricovero per il pagamento della retta alberghiera, il giorno di ingresso e il giorno di uscita sono conteggiati come un sol giorno, considerando solo il giorno di ingresso.

6. RECUPERO TARIFFARIO

La RSA è tenuta a dare comunicazione al Servizio territoriale – UO Cure Primarie dell'ambito territoriale di competenza e al Servizio competente in caso di mancata realizzazione temporanea del parametro indicato nell'allegata tabella A) o per carenza o per assenza oltre al trentesimo giorno di calendario del singolo soggetto. Resta ferma la responsabilità del livello qualitativo e di sicurezza delle prestazioni assicurate nella RSA, come disciplinata dalla normativa per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

Ove il parametro predetto venga assicurato da personale non dipendente, si precisa che il valore annuale di riferimento è confermato in 1560 ore, ossia 130 ore mensili. Le ore in eccedenza rispetto a 195 ore mensili e/o 10 ore giornalieri sono da considerarsi influenti ai fini della copertura del parametro assistenziale.

Le quote giornaliere, da portare in deduzione relative a ciascuna figura professionale, sono le seguenti:

Figura professionale	Quote giornaliere in Euro
Operatore socio-sanitario	96,37
Infermiere	110,94
Coordinatore dei servizi	117,37
Operatore di animazione	94,19
Fisioterapista	107,94
Psicologo (per ogni ospite livello NAMIR)	4,16

Entro il 15 gennaio 2021 – su specifico modello – viene definito l'importo da portare in deduzione al versamento di dicembre.

7. DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI

Nell'anno 2020, per le persone accolte in posti letto convenzionati con altri servizi sanitari regionali, la tariffa sanitaria giornaliera è la seguente, comprensiva della quota relativa alle spese in conto capitale (edilizia e arredamento-attrezzature), le quali non sono state assunte nelle tariffe ordinarie perché afferenti al canale di finanziamento assicurato dagli specifici fondi ai sensi dell'articolo 19 bis della LP 6/98 e s.m.:

Tipologia RSA territoriale	Tariffe giornaliere in Euro
Capacità ricettiva fino a 40 p.l. accreditati	86,19
Capacità ricettiva da 41 a 50 p.l. accreditati	78,77
Capacità ricettiva da 51 a 60 p.l. accreditati	75,91
Capacità ricettiva da 61 p.l. accreditati	74,23
Incremento per p.l. nucleo demenze	34,25
Incremento per p.l. nucleo sanitario	47,62
Incremento per p.l. namir	56,50
Tipologia RSA a sede ospedaliera	106,80