

**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 2016 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 2016**

1. DESTINATARI E FINALITA' DELLE DIRETTIVE
2. MISSION E VISION DELLE RSA
3. OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA
4. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI
5. COORDINAMENTO A LIVELLO DISTRETTUALE
6. COORDINAMENTO A LIVELLO DI RSA
 - 6.1 Funzione di coordinamento sanitario
 - 6.2 Funzione di coordinamento dei servizi
7. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALLA RSA
 - 7.1 Assistenza medica
 - 7.2 Assistenza medica specialistica
 - 7.3 Assistenza infermieristica
 - 7.4 Assistenza riabilitativa
 - 7.5 Assistenza generica alla persona
 - 7.6 Attività di animazione
 - 7.7 Fornitura di farmaci, presidi sanitari e altri prodotti
 - 7.8 Trasporti sanitari
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE
9. PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI
10. RSA NODO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE
11. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE
12. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITA' (NAMIR)
13. POSTI LETTO DI SOLLIEVO
14. POSTI LETTO PER SITUAZIONI DI PARTICOLARE URGENZA NON PROCRASTINABILI (UNP)
15. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)
16. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA
17. VIGILANZA SULLA RSA
18. FLUSSI INFORMATIVI

- 18.1 Presenze residenti
- 18.2 Elenco residenti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza
- 18.3 Informazioni sui medici delle RSA
- 18.4 Banca dati ministeriale
- 18.5 Documentazione contabile
- 18.6 Rette alberghiere
- 19. SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO
- 20. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI
CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO
- 21. DISPOSIZIONI VARIE

**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 2016 E DISPOSIZIONI PER LA
CONTABILIZZAZIONE DELLA RELATIVA SPESA**

- 1. TARIFFA
- 2. FORNITURA BENI E SERVIZI
- 3. ACCANTONAMENTI E FONDI
 - 3.1 Accantonamento per finanziamento Posti letto d'urgenza
 - 3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo livello Namir
 - 3.3 Accantonamento per l'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a
favore di utenti esterni
 - 3.4 Fondo di riequilibrio
 - 3.5 Accantonamento centri di ascolto Alzheimer
- 4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI
- 5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE
- 6. RECUPERO TARIFFARIO
- 7. DISPOSIZIONI PER LE PERSONE ACCOLTE IN POSTI LETTO
CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI

TABELLA A: Parametri di personale anno 2016 assicurati dalle tariffe di cui alle
presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2016

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2016

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2016

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2016

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2016

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 2016

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 da Upipa 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.

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'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 e da UPIPA, 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;
- 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.

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 alla Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) dei Distretti 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 DISTRETTUALE

Le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali (rete dei servizi) sono assicurate a livello distrettuale. Esse si realizzano nel Distretto competente per territorio tramite l'UVM e devono essere finalizzate a garantire la continuità di cura dell'assistito.

Il distretto 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 Distretto 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 ed UPIPA collaborano nella realizzazione di programmi di formazione ed 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 ed 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 ed 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 Distretto 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 ed 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 Distretto di competenza e, per conoscenza, all'Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza entro il 29 febbraio 2016.

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; nel caso di presenza di due coordinatori all'interno della medesima struttura organizzativa, il secondo potrà possedere competenze di area socio-educativa (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.

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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza.

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.

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 ed 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 garantire al residente un approccio terapeutico coerente con i bisogni complessivi di salute ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale del residente ed 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 disporre di

informazioni complete ed 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 dall'Azienda o da UPIPA.

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 ed ai bisogni dei residenti e comunque dev'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 Distretti sanitari, assicura l'assistenza specialistica in favore dei residenti in relazione alle specialità prescritte dal medico della struttura in base alle necessità ed 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 Distretti e le RSA, per l'anno 2016 danno continuità alle sperimentazioni già attive di teleconsulto, in particolare cardiologico, dermatologico e fisiatrico finalizzato alla prescrizione di ausili.

Le RSA entro il 20 gennaio 2016, e con successivo aggiornamento trimestrale, comunicano al Distretto sanitario di competenza il fabbisogno di assistenza specialistica distinto per branche nel limite massimo indicato nella predetta tabella D).

I Distretti entro il 29 febbraio 2016 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 Distretto, le RSA possono attivarsi autonomamente. Per le richieste considerate non appropriate, l'Azienda ne evidenzia le motivazioni alle RSA.

Entro il 28 febbraio 2017 l'Azienda invia al Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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.

L'Azienda dà indicazioni in merito alla rilevazione del fabbisogno di attività specialistica per garantire una valutazione omogenea su tutto il territorio provinciale rispetto alle necessità assistenziali proposte nei confronti dei residenti non trasportabili.

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 ed 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 Piani di Assistenza Individualizzati (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 ad 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 ed 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 degli residenti;
- proposte al coordinatore dei servizi di eventuali diverse modalità di organizzazione degli stessi in relazione ai bisogni dei residenti ed ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza della struttura.

In relazione ai bisogni dei residenti nelle RSA è assicurata la continuità assistenziale infermieristica, da attuarsi anche mediante l'istituto della reperibilità, fatta salva la presenza o reperibilità del medico della casa. Le strutture che, nel servizio notturno, si avvalgono dell'istituto della reperibilità devono garantire la presenza di personale OSS.

Le RSA dotate di posti letto in nuclei ad alto fabbisogno assistenziale, le RSAO nonché le RSA con residenti valutati con bisogni assistenziali di livello NAMIR, 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.

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.

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.

Ai fini del rispetto del parametro infermieristico previsto dalle presenti direttive è considerato anche il personale OSS presente nella struttura che può essere utilizzato in occasione delle sostituzioni del personale infermieristico per qualsiasi motivo, nel limite del 5% del parametro, in ragione d'anno, ferme restando le competenze previste dal profilo. Questa possibilità può essere accettata solo per far fronte a situazioni eccezionali di breve periodo e solo nel caso in cui il parametro di assistenza sia interamente coperto con personale OSS, previa documentazione delle modifiche apportate al piano di lavoro garantendo la sicurezza dei residenti.

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 ed in base agli obiettivi ed 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 ed 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 o di UPIPA.

Vengono altresì ricompresi tra le attività di riabilitazione:

- a. l'attività psicologica 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 (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 Piani di Assistenza Individualizzati;
- 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 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 ed 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 e Solidarietà sociale - 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) 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 Distretti 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 misurazione e una procedura uniforme di recupero contabile dello sfioramento, tenuto conto delle compensazioni tra budget dei farmaci e del materiale sanitario a livello di singola RSA.

La fornitura degli alimenti destinati ad 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.

La fornitura gratuita dei materiali e presidi è riservata ai residenti in provincia di Trento ed 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).

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

A partire dal 2015 è stata attivata l'integrazione strutturata delle RSA nella rete di Cure Palliative già attiva in provincia per perseguire i seguenti obiettivi:

- garantire l'approccio gestionale-assistenziale, secondo modelli e paradigmi tipici delle cure palliative, alle persone con patologia

oncologica in fase di avanzata malattia e terminalità residenti in una RSA del Trentino;

- rendere omogeneo il percorso di cura e assistenza per i pazienti neoplastici residenti nelle RSA, 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.

Nella prima fase del progetto i destinatari sono i residenti con patologia oncologica in atto. Questa scelta, pur limitativa rispetto alla tipologia dei residenti, rende sostenibili le azioni organizzative e di collaborazione tra RSA e Distretti. Non appena questa fase sarà consolidata, vi sarà un'estensione a tutti i residenti che possono beneficiare di cure palliative.

La segnalazione costante ed omogenea di tutti i residenti con patologia oncologica in atto e la richiesta di intervento dei medici palliativisti e degli infermieri del Distretto, effettuata dalle singole RSA utilizzando la modulistica all'uopo predisposta, 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, con la collaborazione dei professionisti dell'Azienda, costituisce un preciso impegno per tutte le RSA.

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 Distretto di riferimento e se necessario anche degli altri Distretti provinciali.

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.

Nel corso del 2016 proseguirà l'attività del gruppo di lavoro già istituito nel 2015, con l'obiettivo, entro maggio 2016, di produrre una relazione sui possibili modelli organizzativi/strutturali, incluse le modalità di gestione degli accessi.

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.

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 distrettuali 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 distrettuali 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:

- non costituiscono posti aggiuntivi rispetto a quelli determinati per il finanziamento previsto nelle presenti direttive;
- rispondono ad un bisogno temporaneo e programmato di assistenza fissato in un massimo di 60 giorni all'anno per uno stesso residente, usufruibili, di regola, in due periodi all'anno;
- l'inserimento di utenti nei posti letto di sollievo avviene su indicazione dell'UVM;
- è in ogni caso consentita la copertura del posto letto di sollievo disponibile e non prenotato con casi di urgenza inviati dall'UVM;
- 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 inseriti 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 straordinario aggravamento, su relazione del medico dell'RSA, da comunicarsi all'UVM, si può mantenere la persona in assistenza residenziale attraverso il ricorso a posto letto di base e/o d'urgenza e/o trasferimento concordato. Nell'ipotesi di non poter garantire una risposta attraverso le modalità sopra esposte, l'UVM può stabilire il mantenimento della persona presso il posto letto di sollievo oltre i 60 giorni.
- 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.

14. POSTI LETTO PER SITUAZIONI DI PARTICOLARE URGENZA NON PROCRASTINABILI (UNP)

E' riconosciuto un numero massimo di giornate di assistenza in RSA pari a 3.660 (10*366) per fronteggiare situazioni di particolare urgenza non procrastinabili, di norma relative a soggetti dimessi dall'ospedale con valutazione dell'UVM di inserimento non differibile in RSA, in quanto manca la possibilità di un progetto assistenziale alternativo.

Procedura di attivazione

- a. Inserimento dell'utente su indicazione dell'UVM nella RSA del Distretto che ha dato la disponibilità. Nell'ipotesi in cui in un Distretto vi siano posti letto accreditati non negoziati, disponibili in più RSA, l'inserimento avviene in base alla preferenza espressa dall'utente interessato;
- b. la permanenza del residente nel posto letto accreditato non negoziato è temporanea, ossia fino a quando si libera il primo posto letto negoziato nella RSA di riferimento;
- c. prima di occupare un posto letto accreditato e non negoziato, le UVM distrettuali devono darne comunicazione al Servizio Governance Clinica dell'Azienda al fine di verificare il rispetto del tetto di finanziamento disponibile. Analogamente, nel momento in cui si libera tale posto letto, le UVM distrettuali devono comunicarlo al sopra citato Servizio, per consentire il monitoraggio dell'utilizzo.

Le RSA devono segnalare tempestivamente all'Azienda – entro una settimana – eventuali modifiche circa il numero di posti letto accreditati non negoziati disponibili come posti letto d'urgenza, così come comunicato a inizio d'anno (v. paragrafo 18.2).

15. 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'U.V.M. 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 competente Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza;
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.

16. 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 distrettuale 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 distrettuale, 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 distrettuale e per singola RSA, che viene redatto tenuto conto anche dell'eventuale preferenza dell'utente;
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 distrettuale;
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 Distretti sanitari 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 Distretto sanitario, in collaborazione con i Servizi sociali per i casi da loro segnalati. Attraverso tale comunicazione il Distretto sanitario 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 Distretto sanitario 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 Distretto sanitario 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 Piano Assistenziale Individualizzato (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, nel corso del periodo di sperimentazione, di consorzarsi per riuscire a garantire l'intervento del medico;
17. nel caso di dimissioni programmate, la RSA comunicherà anticipatamente al Distretto sanitario la data di disponibilità del posto letto.

In sede di vigilanza di cui al successivo paragrafo 17, 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 Distretti sanitari 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 per la Valutazione Multidimensionale (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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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 Distretto. La lista non deve comprendere i casi che hanno trovato temporanea collocazione in RSA territoriali o ospedaliere (trattasi generalmente delle c.d. seconde scelte).

17. VIGILANZA SULLA RSA

L'attività di vigilanza dei Distretti nei confronti delle RSA quali gestori della 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 Distretti, attraverso le attività di verifica, tengono monitorati nel tempo:

- la capacità delle strutture di corrispondere alle esigenze di vita dei cittadini ospitati, 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 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 Distretto nell'espletamento della propria attività si raccorderà con gli uffici provinciali competenti in materia di autorizzazione e accreditamento per garantire integrazione e uniformità nei metodi e negli strumenti di verifica, secondo quanto stabilito dalle disposizioni provinciali in tema di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale. Ciò consentirà anche di promuovere modalità strutturate e unitarie di *audit* sui seguenti ambiti trasversali: sicurezza e appropriatezza nella gestione dei farmaci, personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, adozione di indicatori di monitoraggio di attività, processi ed esiti.

I criteri generali per la gestione delle attività di vigilanza sono:

- le attività di monitoraggio che annualmente sono in carico ai Distretti, per quanto possibile, terranno conto dei requisiti che attengono alla verifica del mantenimento dei requisiti di autorizzazione/accreditamento;
- la attività di verifica tecnico sanitaria comprenderà tutti gli aspetti riportati nel "verbale" predisposto dall'Azienda e sarà integrata con il monitoraggio di altri aspetti, ritenuti rilevanti nella valutazione della qualità dell'assistenza erogata nei confronti dei cittadini ospitati presso le RSA;
- l'attività di monitoraggio potrà portare l'Azienda e le RSA a condividere la necessità di azioni di miglioramento che l'Azienda si impegna fin d'ora a supportare, proprio al fine del miglioramento continuo;
- le attività di monitoraggio dovranno comprendere anche la rilevazione delle percezioni relative alla qualità dell'assistenza di residenti e familiari, anche attraverso il coinvolgimento dei rappresentanti dei familiari.

Le visite presso le RSA sono svolte dal Distretto alla presenza del coordinatore sanitario e del coordinatore infermieristico della struttura residenziale.

Sono altresì previste verifiche di tipo amministrativo (vigilanza amministrativa) di competenza del Distretto, 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, ...)

L'Azienda segnala, in sede di controllo, al Collegio provinciale degli Infermieri professionali – IPASVI, 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.

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 e Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza ed 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 2016 alle RSA una relazione sugli esiti della vigilanza (indicatori di qualità) relative alle visite svolte nell'anno 2016. La relazione includerà in forma anonima anche gli esiti di tutte le altre RSA.

18. FLUSSI INFORMATIVI

18.1 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.

18.2 Elenco residenti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza

Entro il 15 gennaio 2016 le RSA formalizzano ai Distretti sanitari di competenza l'adesione al sistema di finanziamento disciplinato dalle presenti direttive, comunicando altresì l'elenco dei residenti non autosufficienti (nome, data di nascita) presenti al 1 gennaio 2016 che occupano i posti letto di cui alla tabella B), parte seconda, specificando quelli accolti nelle due tipologie di nucleo ad alto fabbisogno assistenziale, nei posti di sollievo e nei posti letto a livello assistenziale NAMIR. Nella medesima comunicazione vanno indicati anche gli eventuali posti letto accreditati non convenzionati disponibili come posti letto d'urgenza.

18.3 Informazione sui medici delle RSA

Entro il 15 gennaio 2016 le RSA trasmettono ai Distretti sanitari 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.

18.4 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 ad una riduzione del finanziamento tenuto conto delle anomalie registrate e secondo i criteri e modalità già stabiliti dal Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza.

L'Azienda elabora per il Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza entro il mese di febbraio 2017 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 2015 l'Azienda elaborerà tale reportistica entro il mese di febbraio 2016.

18.5 Documentazione contabile

Le RSA trasmettono al-Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza della Provincia, entro 15 giorni (dall'approvazione da parte della Giunta provinciale, se dovuta) i seguenti documenti contabili al massimo dettaglio disponibile:

1. il bilancio preventivo economico (budget) anno 2016 completo di relazione ed allegati (compreso l'elenco dei dati relativi alla consistenza analitica del personale ed alla relativa spesa distinta per voci stipendiali ed oneri riflessi);
2. il bilancio di esercizio 2015 con relative relazioni ed allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2016 (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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza, 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.

18.6 Rette alberghiere

Le RSA comunicano al Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, entro il giorno successivo alla loro approvazione, gli importi a carico dei residenti specificando:

- importo della retta alberghiera base (e i servizi/prestazioni inclusi);
- eventuali differenziazioni per comfort alberghiero;
- eventuali riduzione di retta per assenze;
- eventuale retta di prenotazione per ritardato ingresso (v. paragrafo 16, punto 12);
- eventuale retta applicata ai privati.

19. SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO

In presenza di un aumento del fenomeno infortunistico nell'ambito delle RSA, così come evidenziato nel rapporto annuale dell'INAIL, si raccomandano gli enti gestori ad una rigorosa osservanza delle norme che disciplinano la materia; per monitorare il fenomeno gli enti gestori devono presentare alla segreteria del Comitato di coordinamento in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro presso il Dipartimento Salute e Solidarietà sociale una relazione annuale entro il 31 gennaio (periodo di osservazione 1 gennaio - 31 dicembre), secondo lo schema inviato con nota di data 16/01/2009 prot. n. 137/S128/GB/RF.

20. 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) 2016. 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 supervisor del tirocinio.

Qualora i soggetti di Formazione segnalassero inadempienze da parte delle RSA, sarà cura del Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza valutare quali azioni operare in termini di recupero tariffario.

21. DISPOSIZIONI VARIE

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 accoglimento 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 ed 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 e politiche sociali - 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 Distretto competente 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 Distretto competente 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.

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 2016 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 ad 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).

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 forfettaria per il fisiologico lasso di tempo intercorrente tra la messa a disposizione del posto letto e la sua successiva occupazione;
- quota forfettaria relativa ai costi per assenze lunghe e maternità (per le sole RSA pubbliche).

Le tariffe delle RSA pubbliche che trovano applicazione per l'anno 2016 sono le seguenti:

Tipologia RSA territoriale pubblica	Tariffe giornaliere in Euro
Fino a 40 p.l. accreditati	83,58
da 41 a 50 p.l. accreditati	76,69
da 51 a 60 p.l. accreditati	73,98
da 61 p.l. accreditati	72,43
Incremento per p.l. nucleo demenze	30,99
Incremento per p.l. nucleo sanitario	43,11
Incremento per p.l. namir	54,96
Tipologia RSA a sede ospedaliera	102,36

Le tariffe delle RSA private che trovano applicazione per l'anno 2016 sono le seguenti:

Tipologia RSA territoriale privata	Tariffe giornaliere in Euro
Fino a 40 p.l. accreditati	80,46
da 41 a 50 p.l. accreditati	73,57
da 51 a 60 p.l. accreditati	70,85
da 61 p.l. accreditati	69,31
Incremento per p.l. nucleo demenze	30,99
Incremento per p.l. nucleo sanitario	43,11
Incremento per p.l. namir	54,96
Tipologia RSA a sede ospedaliera	102,36

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 € 2.024.837,50 (inclusi i 10 posti letto per urgenza). 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 € 94.640,85; 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 € 1.582.246,10 (inclusi i 10 posti letto per urgenza). 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 € 582.738,00 da utilizzare per stipulare accordi specifici con medici specialistici. Qualora il Distretto sanitario di appartenenza 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 finanziamento Posti letto d'urgenza

Per i posti letto per situazioni di particolare urgenza non procrastinabili, di cui al paragrafo 14, parte prima delle presenti direttive, è corrisposta una tariffa giornaliera e onnicomprensiva pari ad € 69,23 per il solo periodo di effettivo utilizzo. Le risorse finanziarie vengono accantonate in un apposito fondo per un importo complessivo pari ad € 253.381,80.

Nei casi di ricovero ospedaliero di persone ospitate in posti letto d'urgenza l'UVM valuterà la necessità di mantenere l'occupazione del posto letto (e quindi garantire il finanziamento alla RSA) in funzione delle effettive condizioni del residente e in ogni caso per un periodo massimo non superiore a 10 giorni continuativi. Non viene garantito il finanziamento alla RSA per assenze diverse dal ricovero ospedaliero.

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 € 80.000,00, destinato ad integrare il finanziamento riconosciuto secondo il Nomenclatore. La ripartizione di tale fondo, fra le diverse strutture, avviene da parte del Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, tenuto conto delle prestazioni svolte da ciascuna RSA nel corso del 2016.

3.4 Fondo di riequilibrio

Il fondo di riequilibrio, pari ad € 300.000,00 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 Distretti al Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza per il tramite della Direzione sociosanitaria; la valutazione della richiesta è di competenza del Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza.

I progetti assistenziali sono definiti dall'UVM, su specifici e documentati bisogni degli 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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza comunicherà all'Azienda l'importo da corrispondere alle APSP interessate, previa presentazione da parte delle APSP di un rendiconto delle spese effettivamente sostenute per la fruizione di tali permessi.

3.5 Accantonamento centri di ascolto Alzheimer

Per il finanziamento dei centri di ascolto Alzheimer di cui all'articolo 9 della legge provinciale 22 luglio 2009, n. 8 e viene istituito un apposito fondo pari ad € 40.000,00.

Il modello di riferimento è contenuto nella deliberazione provinciale n. 772/2012.

Per l'anno 2016 il finanziamento è destinato ai centri già aperti presso la RSA di Riva del Garda e presso la RSA di Pinzolo con una sede anche a Tione e ad eventuali nuove attivazioni in corso d'anno come previsto dall'Azione di miglioramento 3.6 del Piano provinciale demenze XV Legislatura.

I due centri già funzionanti dovranno entro gennaio 2016 trasmettere al Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza una relazione contenente le attività che intendono svolgere nell'anno e il relativo budget.

Il finanziamento, nel limite massimo stabilito nel budget (eventualmente rideterminato dal Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza), verrà erogato semestralmente dall'Azienda su indicazione del Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, tenuto conto della relazione sull'attività svolta comprensiva di un'autodichiarazione rispetto alle spese sostenute.

Ulteriori disponibilità ad aprire nuovi centri di ascolto saranno valutate dal Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza.

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.

Per quanto riguarda il finanziamento dei nuovi 20 posti letto RSA presso la Sacra Famiglia di Arco, dalla data di attivazione del nuovo nucleo viene garantito un periodo transitorio di finanziamento, "vuoto per pieno", fino alla piena occupazione dei posti.

5. LIMITI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETTA ALBERGHIERA BASE

Le RSA non possono aumentare la retta alberghiera base se l'importo nel 2015 era superiore o uguale alla media ponderata delle rette alberghiere base 2015 pari ad € 47,02.

Le RSA che hanno una retta alberghiera base 2015 inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere base 2015 (€ 47,02) possono aumentare la retta fino al doppio del tasso inflativo programmato 2016, ma comunque in misura tale da non superare la media ponderata 2015.

Per il calcolo della media ponderata si è considerato il numero dei posti letto convenzionati e la retta alberghiera base applicata al primo luglio 2015.

L'inosservanza della disposizione comporterà il recupero delle somme incassate in eccesso a valere sul finanziamento 2016. Il Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza comunicherà all'Azienda gli eventuali importi da portare in deduzione.

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

6. RECUPERO TARIFFARIO

La RSA è tenuta a dare comunicazione ai Distretti di competenza e al Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza in caso di mancata realizzazione temporanea del parametro indicato nella 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 giornaliere sono da considerarsi ininfluenti 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	92,66
Infermiere	106,67
Coordinatore dei servizi	112,86
Operatore di animazione	90,57
Fisioterapista	103,79
Psicologo (per ogni ospite livello NAMIR)	4,00

Entro il 15 gennaio 2016 – 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 2016, 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	110,62