

**ALLEGATO 1)**

**INDICE**

**PARTE PRIMA**

**DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SSP PER L'ANNO 2011**

1. DESTINATARI DELLE DIRETTIVE
2. DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI
3. COORDINAMENTO A LIVELLO DISTRETTUALE
4. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALL'AZIENDA
  - 4.1) Assistenza medico-generica e coordinamento sanitario
    - 4.1.1 Funzione di coordinamento sanitario
    - 4.1.2 Funzione di assistenza medica agli ospiti della struttura
  - 4.2) Assistenza specialistica
  - 4.3) Assistenza infermieristica
  - 4.4) Assistenza riabilitativa
  - 4.5) Assistenza generica alla persona
  - 4.6) Attività di coordinamento dei servizi
  - 4.7) Attività di animazione
  - 4.8) Fornitura di farmaci, presidi sanitari e altri prodotti
  - 4.9) Trasporti sanitari
5. NUCLEI AD ALTO FABBISOGNO ASSISTENZIALE
6. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITÀ
7. POSTI LETTO DI SOLLIEVO
8. POSTI LETTO PER SITUAZIONI DI PARTICOLARE URGENZA NON PROCRASTINABILI
9. RSA A SEDE OSPEDALIERA (RSAO)
10. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA
11. VIGILANZA SULLA RSA
12. FLUSSI INFORMATIVI
  - 12.1 Presenze ospiti
  - 12.2 Elenco ospiti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza
  - 12.3 Elenco personale
  - 12.4 Banca dati ministeriale
  - 12.5 Documentazione contabile
13. SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO
14. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO (INFERMIERI, FISIOTERAPISTI, OSS)
15. 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 2011 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 per patologie specifiche
  - 3.3 Accantonamento per le spese di avviamento dell'attività di rieducazione funzionale presso le RSA a favore di utenti esterni
  - 3.4 Fondo di riequilibrio
4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI
5. RECUPERO TARIFFARIO
6. DISPOSIZIONI PER GLI OSPITI RESIDENTI IN COMUNI EXTRAPROVINCIALI

TABELLA A: Parametri di personale in RSA anno 2011 assicurati dalle tariffe di cui alle presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2011

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2011

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2011

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2011 delle RSA

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2011

## **PARTE PRIMA**

### **DIRETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZIALE A RILIEVO SANITARIO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PUBBLICHE E PRIVATE A SEDE TERRITORIALE ED OSPEDALIERA DEL SSP PER L'ANNO 2011.**

#### **1. DESTINATARI 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).

#### **2. 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 AS. extra-regionali di residenza degli utenti. A tal fine ciascuna RSA deve richiedere, all'atto dell'ammissione di ospiti 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.

#### **3. 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, d'intesa con le strutture residenziali, promuove iniziative al fine di assicurare all'interno delle RSA:

- l'elaborazione e la diffusione di linee guida clinico-assistenziali per le patologie prevalenti;

- la definizione di percorsi specialistici integrati con i presidi ospedalieri ed i poliambulatori specialistici;
- la verifica costante dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria complessivamente erogata.

Nel corso del mese di ottobre l'Azienda trasmette al Servizio Economia e programmazione sanitaria la documentazione prodotta presso ciascun Distretto.

#### **4. PRESTAZIONI SANITARIE E ASSISTENZIALI A RILIEVO SANITARIO ASSICURATE DALL'AZIENDA**

L'Azienda garantisce agli ospiti non autosufficienti delle RSA le seguenti prestazioni sanitarie e assistenziali a rilievo sanitario nelle modalità appresso indicate:

1. assistenza medico-generica e coordinamento sanitario
2. assistenza specialistica
3. assistenza infermieristica
4. assistenza riabilitativa
5. assistenza generica alla persona
6. attività di coordinamento dei servizi
7. attività di animazione
8. fornitura di farmaci, presidi sanitari ed altri prodotti
9. trasporti sanitari.

##### *4.1) Assistenza medico-generica e coordinamento sanitario*

##### 4.1.1 Funzione di coordinamento sanitario

Ciascuna RSA designa nominativamente il medico al quale è attribuita la funzione di coordinamento, con particolare riferimento agli aspetti igienico sanitari, alla gestione dei farmaci e all'assistenza degli ospiti.

La funzione di coordinamento delle attività sanitarie nelle RSA viene eseguita nell'ambito dei parametri assistenziali esplicitati dal successivo paragrafo 4.1.2 e comprende:

- collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria e nell'accoglimento degli ospiti;
- coordinamento dei piani di intervento individuali in collaborazione con l'equipe di lavoro e controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale;
- direzione dell'attività del personale infermieristico e di riabilitazione, anche sulla base delle indicazioni del medico specialista e del coordinatore dei servizi;
- adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- predisposizione ed attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti;

- approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dall'Azienda e vigilanza sul loro utilizzo;
- organizzazione di incontri periodici con i medici che svolgono funzioni di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale e partecipazione ad incontri con medici coordinatori di RSA;
- raccordo con l'Azienda e con il Distretto;
- raccordo con i medici specialisti;
- elaborazione di linee guida per l'organizzazione sanitaria della struttura, al fine di garantire un'omogeneità di comportamento del personale;
- ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura;
- redazione di una relazione annuale sull'andamento dell'assistenza agli ospiti da inviare per il tramite della Direzione della RSA al Distretto di competenza e, per conoscenza, all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria entro il 29 febbraio 2012. La relazione dovrà attenersi ad uno schema concordato tra Assessorato, Azienda, e UPIPA che verrà inviato alle strutture entro il 30 giugno 2011.

Il medico coordinatore, su richiesta dell'Azienda, invia l'inventario delle scorte di medicinali e di prodotti sanitari giacenti nella struttura.

La RSA adotta tutti gli atti necessari per garantire la massima integrazione tra l'attività medica di diagnosi e cura ed il coordinamento delle attività sanitarie.

#### 4.1.2 Funzione di assistenza medica agli ospiti della struttura

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

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.

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

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.

L'attività medica di diagnosi e cura deve:

- assicurare l'assistenza medica agli ospiti della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali e giornalieri ritenuto adeguato dalla

Direzione della RSA alla tipologia ed ai bisogni degli ospiti e comunque dev'essere assicurata l'assistenza medica con i seguenti parametri, atti a consentire la rivalutazione del singolo ospite, con cadenza almeno mensile:

- almeno due minuti al giorno ogni posto letto di base;
- almeno quattro minuti al giorno ogni posto letto in nucleo ad alto fabbisogno assistenziale;
- almeno sei minuti al giorno 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;
- assumere la responsabilità complessiva in ordine alla promozione e al mantenimento della salute degli ospiti che si estrinseca in compiti preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di educazione sanitaria;
- partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'ospite ed attuare e verificare i piani individuali di assistenza con l'èquipe multiprofessionale;
- partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli ospiti, 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 degli ospiti.

#### *4.2) Assistenza specialistica*

L'Azienda, attraverso i Distretti sanitari, assicura l'assistenza specialistica in favore degli ospiti 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. Le ore indicate si riferiscono all'effettiva assistenza erogata all'ospite.

Le RSA entro il 20 gennaio 2011, 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 28 febbraio 2011 comunicano alle rispettive RSA le ore di specialistica che possono garantire. Qualora l'Azienda non sia in grado di soddisfare le richieste delle singole RSA, secondo il fabbisogno segnalato, queste ultime possono attivarsi autonomamente, in relazione ai bisogni dell'ospite ed ai piani assistenziali individuali, sentito il Distretto di competenza, in ordine all'appropriatezza delle medesime richieste.

Entro il 29 febbraio 2012 l'Azienda invia all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria una relazione con i dati relativi alle ore effettivamente erogate (o finanziate) nell'anno precedente nelle

singole RSA, distinti per branche specialistiche, che consenta il raffronto con il fabbisogno espresso dalle RSA.

#### *4.3) Assistenza infermieristica*

In relazione ai bisogni degli ospiti 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 RSA dotate di posti letto in nuclei ad alto fabbisogno assistenziale, nonché le RSAO, 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.

E' possibile, su preventiva comunicazione all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali – Servizio Economia e programmazione sanitaria ed al Distretto di competenza, assicurare il servizio infermieristico notturno in collaborazione fra RSA limitrofe, con la presenza attiva di un operatore in una delle strutture e garanzia di intervento tempestivo su chiamata nelle altre, in maniera tale da non pregiudicare la qualità dell'assistenza sanitaria. La comunicazione dà assicurazione in ordine al rispetto dei vincoli sopra previsti e, a conferma delle intese raggiunte, è firmata dai direttori e dai coordinatori sanitari di ciascuna RSA interessata.

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 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.

Le principali prestazioni di assistenza infermieristica sono individuabili in:

- assistenza sanitaria diretta all'ospite, favorendo la presa in carico dei bisogni dello stesso, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni;
- collaborazione con i medici operanti nella struttura, contribuendo attivamente alla definizione, applicazione e verifica dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI);
- gestione dei farmaci e dei materiali sanitari (collocazione, custodia e conservazione) con le modalità necessarie a garantire efficacia e sicurezza d'impiego;
- 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, con formule di responsabilizzazione dei professionisti;

- eventuale organizzazione del lavoro degli operatori di assistenza (programmazione e verifica del lavoro, coordinamento dell'attività, ecc.);
- altre attività professionali in relazione ai bisogni degli ospiti;
- proposte al coordinatore dei servizi di eventuali diverse modalità di organizzazione degli stessi in relazione ai bisogni degli ospiti.

Per le modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica devono essere valutate l'economicità, l'efficienza, l'efficacia e la qualità 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 è auspicabile che la struttura consenta lo sviluppo di competenze avanzate negli ambiti inerenti l'assistenza della persona anziana.

Ai fini del rispetto del parametro infermieristico previsto dalle presenti direttive è considerato utile anche il numero degli infermieri generici presenti nella struttura, ferme restando le competenze previste dal profilo.

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.

Nell'eventualità che una RSA, considerata la gravità degli ospiti, 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.

#### *4.4) 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 titolo professionale (o equipollente) di fisioterapista; tale figura professionale può essere coadiuvata da altri operatori della struttura, anche al fine di allestire prestazioni nell'arco dell'intera settimana (7/7).

Le prestazioni di assistenza riabilitativa sono individuabili in:

- individuazione degli interventi e delle prestazioni riabilitative appropriate in riferimento alle diagnosi effettuate dal medico specialista ed in base alle prescrizioni terapeutiche concordate;
- elaborazione anche in équipe multidisciplinare di programmi di 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 dell'ospite;
- attività di consulenza per quanto concerne ausili, attrezzature, protesi e presidi strumentali per la riabilitazione degli ospiti.

Dato l'elevato numero di ospiti affetti da gravi forme di deterioramento mentale e demenza, tra le attività di riabilitazione viene ricompresa l'attività psicologica, con particolare riferimento alla psicoterapia, alla riabilitazione cognitiva, al sostegno delle famiglie di malati affetti da demenza e del personale che opera a contatto con ospiti con tale patologia. A tal fine il parametro di assistenza riabilitativa può essere coperto fino ad un massimo del 20% con personale psicologo iscritto nell'apposito albo professionale.

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 fisioterapiche a favore di utenti esterni il parametro relativo al personale di fisioterapia va integrato con unità aggiuntive in base alle prestazioni effettuate.

#### *4.5) 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 in sede di compilazione dell'elenco del personale di cui al successivo paragrafo 12.3 – 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 attività di operatore socio-sanitario afferiscono alle seguenti aree:

- interventi di assistenza diretta alla persona;
- interventi di assistenza alla persona di specifico carattere sanitario;
- 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 nelle direttive provinciali approvate dalla Giunta con deliberazione di data 28 agosto 2009 n. 2122.

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

#### *4.6) Attività di coordinamento dei servizi*

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

L'attività di coordinamento dei servizi consiste in:

- coordinamento operativo del servizio degli infermieri professionali e/o del personale di assistenza della struttura, avuto riguardo all'obiettivo della presa in carico dei bisogni assistenziali dell'ospite non autosufficiente;
- collaborazione con il personale medico e con l'amministrazione della struttura per quanto riguarda in generale l'andamento dei servizi di assistenza e proposte in ordine a necessità di riorganizzazione degli stessi ai fini, in particolare, del mantenimento, del miglioramento dei livelli di performance e dello sviluppo del personale assegnato;
- sorveglianza igienico-sanitaria riferita alla sicurezza dell'ambiente ed alla sanificazione dei materiali;
- collaborazione nel coordinamento dei progetti individuali, di nucleo e di struttura;
- collaborazione con la Direzione dell'Ente nell'attività di studio, elaborazione e progettazione per l'aggiornamento culturale e professionale del personale;
- coordinamento di gruppi di lavoro e organizzazione delle unità assistenziali.

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 dell'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria.

#### *4.7) Attività di animazione*

L'attività di animazione è assicurata, di norma, mediante l'impiego di personale dipendente.

L'attività di animazione consiste in:

- collaborazione nella rilevazione dei bisogni relazionali dell'ospite, delle potenzialità residuali ed individuazione di strategie di risposta nell'ambito dell'equipe multiprofessionale (stesura dei Piani di Assistenza Individualizzati);
- programmazione ed attuazione degli interventi socio-culturali-ricreativi;
- coordinamento degli operatori e volontari addetti al servizio;
- mantenimento dei rapporti sociali tra l'ospite, la sua famiglia, la rete amicale e la comunità territoriale di appartenenza.

#### *4.8) Fornitura di farmaci, presidi sanitari e altri prodotti*

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

All'interno del prontuario terapeutico l'Azienda definisce, 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.

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 Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria, entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Nel corso dell'anno i Distretti monitorano il consumo dei farmaci e del materiale sanitario nelle singole RSA e, nel caso di superamento del budget stabilito nella parte seconda delle direttive, dovuto a consumi anomali non giustificati dalla gravità degli ospiti su richiesta del Distretto, le RSA sono tenute a fornire elementi giustificativi. Nel caso il consumo anomalo risulti ascrivibile alla mancata osservanza dei protocolli e linee guida di cui al precedente paragrafo 3 delle presenti direttive, l'Azienda procede al recupero della maggior spesa in occasione dei pagamenti mensili verso la singola RSA interessata.

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

Per gli ospiti che non beneficiano del finanziamento a carico del SSP e per gli 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 agli ospiti 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 deve assicurare una corretta gestione dei farmaci ed essere dotata di:

- spazio ricezione materiale/registrazione;
- vano blindato o armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti;
- locale con superficie dei pavimenti lavabile e disinfettabile fornito di arredi e attrezzature per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza.

La RSA assicura direttamente agli ospiti gli ausili per incontinenti (pannoloni e traverse).

#### 4.9) 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.

### 5. 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 tre 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);
- nuclei per soggetti in stato vegetativo o a minima responsività (Namir).

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;
- migliore controllo dei disturbi comportamentali;
- minore ricorso alle contenzioni fisiche ed ai neurolettici;
- migliore qualità di vita degli altri ospiti;
- funzione di stimolo per l'intera rete dei servizi;
- maturazione e diffusione di cultura assistenziale qualificata;
- trattamento di ospiti che abbisognano di cure palliative ed antalgiche, secondo modalità di intervento concordate con il competente Distretto sanitario.

Entro il 29 febbraio 2012 tutte le RSA, sede di posti letto in nuclei ad alto fabbisogno assistenziale, devono presentare all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria e all'Azienda una relazione sull'attività svolta secondo lo schema già predisposto per l'anno 2007 dal competente Servizio Economia e programmazione sanitaria. La relazione va presentata in forma cartacea e in formato elettronico e i dati devono riferirsi al periodo di osservazione 1 gennaio 2011 - 31 dicembre 2011.

Compete all'UVM l'inserimento degli utenti nei posti letto di nucleo ad alto fabbisogno assistenziale. Il medico coordinatore della RSA individua le persone da inserire nei medesimi nuclei fra quelle già ospiti della 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.

Per quanto riguarda le specifiche direttive riguardanti il nucleo per soggetti in stato vegetativo o a minima responsività, si rinvia alla deliberazione della Giunta provinciale n. 1746 di data 24 agosto 2007, come integrata con deliberazione n. 1887 di data 25 luglio 2008 e alle procedure di accesso definite dall'Azienda.

## **6. ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA ED ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO O A MINIMA RESPONSABILITÀ**

La Provincia autonoma di Trento intende riconoscere una specifica attenzione alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) ed alle persone in stato vegetativo o a minima responsività, anche in termini di assistenza residenziale presso le RSA.

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 responsività o affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) che sono state valutate di livello assistenziale NAMIR, l'UVM individua, fra le RSA territoriali dotate di nucleo ad alto fabbisogno sanitario, la RSA che dispone di spazi logistici idonei e risorse professionali con specifica ed adeguata formazione. Sono comunque salvi gli inserimenti già effettuati fino al 31 dicembre 2010.

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.

Prima di inserire nuovi ospiti con queste patologie, le UVM distrettuali dovranno dare comunicazione alla Direzione Cura e Riabilitazione dell'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 alla citata Direzione, 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 € 629.000,00.

## **7. 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 sessanta giorni all'anno per uno stesso ospite, 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 4.1.2). L'assistenza medica agli ospiti inseriti in posti di sollievo può essere garantita, previo accordo tra medico curante e medico della RSA, dal medico della RSA medesima;
- all'ospite 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 l'ospite 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 dell'ospite presso il posto letto di sollievo oltre i 60 giorni.

## **8. POSTI LETTO PER SITUAZIONI DI PARTICOLARE URGENZA NON PROCRASTINABILI**

E' riconosciuto un numero massimo di giornate di assistenza in RSA pari a 5.475 (15\*365) 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 dell'ospite 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 alla Direzione Cura e Riabilitazione 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 alla sopraddetta Direzione, 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 12.2).

## **9. 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 Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria;
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 4.1.2, come previsto dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 711 di data 28 marzo 2003.

Considerata la tipologia degli ospiti inseriti 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.

## **10. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA**

Le modalità di accesso alle RSA sono gestite dall'UVM distrettuale che formula gli elenchi dinamici degli assistiti valutati non autosufficienti eleggibili in RSA.

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. la RSA comunica tempestivamente all'UVM la disponibilità del posto letto negoziato e le caratteristiche dello stesso;
3. l'UVM, in relazione alla tipologia del posto letto disponibile, comunica il nominativo dell'utente da accogliere alla RSA, previa conferma dell'interessato;
4. la RSA comunica all'UVM il giorno di effettivo ingresso dell'utente;
5. la RSA segnala al Comune di residenza il nominativo dell'utente ammesso;
6. la RSA entro 21 giorni dall'ingresso dell'ospite elabora il primo Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e ne trasmette copia all'UVM di riferimento, mediante il sistema Atlante, nella versione "sintetica";
7. 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.

In sede di vigilanza igienico-sanitaria di cui al successivo paragrafo 11, 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 l'ospite 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 ospite da una RSA ad un'altra su richiesta dell'interessato con la seguente procedura:

1. richiesta di trasferimento da parte dell'ospite 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 dell'ospite, l'UVM rivaluta il caso su richiesta del medico della RSA.

L'Azienda è tenuta a trasmettere all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria 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).

A partire dal 1 luglio 2011 qualora l'UVM impiegasse più di 72 ore per la segnalazione del nominativo alla RSA, la RSA è autorizzata ad inserire una persona valutata dall'UVM e presente negli elenchi dinamici distrettuali. Il nominativo va tempestivamente comunicato all'UVM di riferimento.

## **11. VIGILANZA SULLA RSA**

L'Azienda esercita le seguenti funzioni:

- vigilanza igienico-sanitaria relativa alla struttura edilizia;
- vigilanza igienico-sanitaria sugli ambienti di comunità;
- vigilanza igienico-sanitaria sulle prestazioni da erogare agli ospiti, rivolta alle attività sanitarie presenti nella RSA, di norma così articolate:
  - a) prestazioni mediche: assistenza medica sulla base dei bisogni assistenziali e riabilitativi;
  - b) prestazioni infermieristiche: individuazione dei bisogni assistenziali infermieristici, prestazioni di assistenza infermieristica, organizzazione del lavoro degli operatori socio sanitari, tenuta delle registrazioni di competenza sanitaria, gestione dei farmaci e materiali sanitari;
  - c) prestazioni di riabilitazione: individuazione dei bisogni di mobilitazione e riabilitazione delle persone, prestazioni di fisioterapia;
  - d) prestazioni di assistenza generica alla persona:
    - igiene della persona e cura dell'abbigliamento, alimentazione, mobilitazione;
    - condizioni generali d'igiene;
    - organizzazione delle attività assistenziali;
  - e) coerenza, controllata a campione, tra il PAI e la sua versione "sintetica";

- vigilanza e controllo sulla conservazione dei medicinali e sulla loro gestione. La vigilanza sull'assistenza farmaceutica è effettuata secondo le direttive del Servizio farmaceutico della stessa Azienda.

Onde definire, per le attività di vigilanza tecnico-sanitaria di competenza del Distretto, comportamenti omogenei per tutto il territorio provinciale, si indicano i seguenti indirizzi organizzativi:

- a) le verifiche sono effettuate con sopralluogo presso le strutture, con periodicità almeno annuale;
- b) il medico del Distretto (medico dell'Unità Operativa Assistenza Territoriale) per le attività di vigilanza può essere coadiuvato da:
  - personale infermieristico del Distretto;
  - medici specialisti operanti nell'ambito del Distretto o degli Ospedali, di volta in volta individuati;
  - personale del Servizio sociale competente per territorio;
- c) il responsabile medico della RSA (o suo sostituto) deve essere presente al sopralluogo ed alle ispezioni, mettendo a disposizione le informazioni disponibili.

Sono altresì previste verifiche di tipo amministrativo (vigilanza amministrativa) di competenza del Distretto, di riscontro tra la dotazione di personale di assistenza, dichiarate dalla RSA e la dotazione effettiva. A tale scopo possono essere visionati gli elenchi del personale in servizio.

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 Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria 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.

## **12. FLUSSI INFORMATIVI**

### **12.1 Presenze ospiti**

Le RSA sono tenute ad aggiornare con la massima tempestività le presenze degli ospiti mediante il programma ATLANTE.

### **12.2 Elenco ospiti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza**

Entro il 15 gennaio 2011 le RSA formalizzano ai Distretti sanitari di competenza l'adesione al sistema di finanziamento disciplinato dalle presenti direttive, comunicando altresì l'elenco degli ospiti non autosufficienti (nome, data di nascita) presenti al 1 gennaio 2011 che occupano i posti letto di cui alla tabella B), parte seconda, specificando quelli accolti nelle tre 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.

### 12.3 Elenco personale

Entro il 15 gennaio 2011 la RSA trasmette ai Distretti di competenza e all'Assessorato alla Salute e politiche sociali – Servizio Economia e programmazione sanitaria l'elenco del personale presente in struttura a copertura del parametro socio-sanitario indicato nella tabella C), parte seconda, nonché copia del contratto con il/i Medico/i incaricato/i per l'assistenza medico generica ed il coordinamento sanitario della struttura, comunicando altresì l'impegno orario settimanale del/i medico/i operante/i nella Struttura e la distribuzione del medesimo nel corso della settimana.

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.

L'elenco va predisposto secondo il modello (che reca anche le modalità per gli eventuali aggiornamenti) già utilizzato nel 2010.

### 12.4 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 purchè sia garantito l'interfacciamento dei dati.

### 12.5 Documentazione contabile

Le RSA trasmettono all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria della Provincia, entro 15 giorni (dall'approvazione da parte della Giunta provinciale, se dovuta) i seguenti documenti contabili al massimo dettaglio:

1. Il bilancio preventivo economico (budget) anno 2011 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 2010 con relative relazioni ed allegati;
3. verifica gestionale relativa al primo semestre 2011 (per gli enti gestori APSP il riferimento è il comma 3 art. 6 LR 7/2005).

La trasmissione della documentazione di cui sopra può avvenire anche via posta elettronica al seguente indirizzo [serv.econ@provincia.tn.it](mailto:serv.econ@provincia.tn.it).

Le R.S.A. si impegnano inoltre a fornire alla Provincia autonoma di Trento, a richiesta, i dati necessari a garantire processi di miglioramento della qualità e

dell'efficienza. Dovranno quindi essere forniti, secondo gli schemi standard che verranno comunicati, i dati relativi ai costi dei servizi, come desunti dalla contabilità analitica, alle caratteristiche del personale impegnato in processi assistenziali, alle modalità di gestione dei servizi, alle caratteristiche qualitative e quantitative dell'assistenza sanitaria erogata.

### **13. 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 l'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria 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.

### **14. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO (INFERMIERI, FISIOTERAPISTI, OSS)**

Le RSA sono tenute a garantire al 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) 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) 2011. Il parametro utilizzato è di 1 studente ogni 4,5 posti letto convenzionati con il SSP. Per esigenze didattiche potrà essere richiesto alla RSA di accogliere contemporaneamente fino a 1 studente ogni 15 posti letto.

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

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

### **15. 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.

Gli ospiti delle RSA partecipano alla spesa, secondo la normativa vigente.

In caso di accoglimento di ospiti 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 ospiti 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 Economia e programmazione sanitaria motivatamente autorizza l'utilizzo di detti posti in favore di persone autosufficienti o non autosufficienti, rispettivamente residenti in provincia di Trento o fuori provincia. In sede di autorizzazione viene stabilita l'entità del recupero tariffario.

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.

## **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 2011 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 medico-generica e il coordinamento sanitario;
- l’assistenza 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;
- 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:

- 1) dal 1 gennaio 2011 al 30 giugno 2011 per ciascun posto letto indipendentemente dall’effettiva occupazione, fatte ovviamente salve le inadempienze di cui al paragrafo 15, parte prima delle presenti direttive
- 2) dal 1 luglio 2011 al 31 dicembre 2011 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 ricomprende i costi relativi a:

- personale assistenziale socio-sanitario nei parametri indicati nella tabella A. Sono già ricompresi i maggiori oneri derivanti dal rinnovo del CCPL del personale del comparto Autonomie locali. Nelle more dell’aggiornamento contrattuale, ciascun

ente gestore dovrà accantonare l'aumento contrattuale in specifiche poste di bilancio, in maniera del tutto analoga a quanto eseguito nei precedenti esercizi;

- assistenza medico generica e coordinamento medico;
- ausili per incontinenza;
- quota parte dei costi generali e amministrativi forfettariamente attribuita alla competenza della Sanità.
- la tariffa dal 1 luglio ricomprende anche una quota forfetaria per il fisiologico lasso di tempo intercorrente tra la messa a disposizione del posto letto e la sua successiva occupazione;
- quota forfetaria relativa ai costi per assenze lunghe e maternità (per le sole RSA pubbliche)

Le tariffe delle RSA pubbliche che trovano applicazione per l'anno 2011 sono le seguenti:

<b>Tipologia pubblica</b>	<b>RSA territoriale</b>	Tariffe giornaliere in Euro dal 1/01/2011 al 30/06/2011	Tariffe giornaliere in Euro dal 1/07/2011 al 31/12/2011
Fino a 40 p.l. negoziati		86,14	86,45
da 41 a 50 p.l. negoziati		79,04	79,33
da 51 a 60 p.l. negoziati		76,24	76,52
Capacità ricettiva da 61 p.l. negoziati		74,64	74,91
Incremento per p.l. nucleo demenze		31,90	32,02
Incremento per p.l. nucleo sanitario		44,40	44,56
Incremento per p.l. nucleo namir		56,70	56,91
<b>Tipologia RSA a sede ospedaliera</b>		105,00	105,77

Le tariffe delle RSA private che trovano applicazione per l'anno 2011 sono le seguenti:

<b>Tipologia RSA territoriale privata</b>	Tariffe giornaliere in Euro dal 1/01/2011 al 30/06/2011	Tariffe giornaliere in Euro dal 1/07/2011 al 31/12/2011
Fino a 40 p.l. negoziati	82,90	83,20
da 41 a 50 p.l. negoziati	75,80	76,08
da 51 a 60 p.l. negoziati	73,00	73,27
Capacità ricettiva da 61 p.l. negoziati	71,40	71,66
Incremento per p.l. nucleo demenze	31,90	32,02
Incremento per p.l. nucleo sanitario	44,40	44,56
Incremento per p.l. nucleo namir	56,70	56,91
<b>Tipologia RSA a sede ospedaliera</b>	105,00	105,77

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

assistenza medico-generica e di coordinamento sanitario:

- quota annuo a posto letto base+sollievo: € 660,65
- quota annuo a posto letto nucleo: €1.321,30
- quota annuo a posto letto RSAO: €1.981,95

ausili per incontinenza:

- quota annua a posto letto negoziato: € 485,45

Il finanziamento, che nel dettaglio viene riportato nella tabella E, considera, per l'intero anno, la tariffa del primo semestre conteggiata per 365 giorni. Si stima infatti che l'applicazione della tariffa del secondo semestre, calcolata sulle giornate di presenza effettiva, si equivalga al finanziamento del primo semestre.

Dal 1 gennaio 2012 lo scaglione di appartenenza per la determinazione della tariffa sanitaria da applicare (basato sulla dimensione) verrà identificato tenuto conto della totalità dei posti letto RSA.

## **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 forfettario per posto letto negoziato di €456,25 per un valore complessivo di € 1.967.943,75. La fornitura avviene sulla base di richieste prodotte dalle RSA;
  - b) per le RSA a sede ospedaliera è previsto un finanziamento annuale forfettario 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 forfettaria di € 351,22 per posto letto negoziato per un importo massimo complessivo annuo di € 1.538.449,45 . 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 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 a €567.176,00 da utilizzare per stipulare accordi specifici con medici specialistici. Qualora l'Azienda non sia in grado di soddisfare le richieste della singola RSA, e quest'ultima si sia attivata

autonomamente, l'Azienda rimborserà il costo sostenuto per l'importo massimo orario di €68,50 onnicomprensivo.

### **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 8, parte prima delle presenti direttive, è corrisposta una tariffa giornaliera e onnicomprensiva pari ad €71,60 per il solo periodo di effettivo utilizzo. Le risorse finanziarie vengono accantonate in un apposito fondo per un importo complessivo pari ad €384.300,00.

#### 3.2 Accantonamento per finanziamento integrativo per patologie specifiche

Per il finanziamento integrativo alle RSA che accolgono persone che necessitano di assistenza qualificata ed intensiva, di cui al paragrafo 6, parte prima delle presenti direttive, vengono accantonate in un apposito fondo delle risorse pari ad €629.000,00.

#### 3.3 Accantonamento per le spese di avviamento dell'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 €50.000,00, destinato ad integrare il finanziamento riconosciuto secondo il Nomenclatore. La ripartizione di tale fondo fra le diverse strutture avviene con deliberazione di Giunta provinciale, tenuto conto delle prestazioni svolte da ciascuna RSA nel corso del 2011.

Tale finanziamento è da considerarsi come provvisoriamente confermato nell'importo massimo di euro 50.000,00 per gli anni 2011 e 2012, ossia fino all'entrata a regime del nuovo Centro provinciale di riferimento per le attività di fisioterapia e riabilitazione ("Nuovo Villa Rosa").

In relazione al Piano strategico di avvio ed esercizio del predetto centro (obiettivo PAT ad APSS n. 2/10), verranno assunte le conseguenti determinazioni sulla distribuzione territoriale dell'attività di fisioterapia.

#### 3.4 Fondo di riequilibrio

Con le presenti direttive si stabilisce un fondo di riequilibrio, pari ad €260.000,00 per interventi finalizzati al finanziamento di particolari necessità assistenziali..

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, le risorse del Fondo di riequilibrio vengono utilizzate anche per rimborsare le Aziende pubbliche di servizio alla persona, enti gestori di RSA, che sostengono oneri per la fruizione dei distacchi sindacali da parte dei dipendenti nella misura massima di €60.000,00 previa presentazione da parte delle singole strutture aventi titolo di un rendiconto delle spese effettivamente sostenute per la fruizione di tali permessi. In

caso di superamento del finanziamento di cui sopra, lo stesso verrà ripartito proporzionalmente ai costi sostenuti.

L'assegnazione delle risorse del fondo di riequilibrio avverrà a seguito di specifica istruttoria del Servizio Economia e programmazione sanitaria.

#### **4. EROGAZIONE DEI FINANZIAMENTI**

L'erogazione delle somme di cui alla tabella E), avviene:

1. con versamenti mensili posticipati in ragione di un dodicesimo dell'assegnazione per l'attività relativa al primo semestre;
2. con versamenti mensili posticipati in base alle presenze effettive per l'attività relativa al secondo semestre.

Seguirà circolare esplicativa a cura del Servizio Economia e programmazione sanitaria.

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 5. Tutte le operazioni di finanziamento ed i controvalori delle forniture dirette di beni e servizi disposte dall'Azienda a favore delle RSA devono trovare specifica contabilizzazione nel bilancio delle stesse attraverso l'istituzione di specifici capitoli.

Analoghe contabilizzazioni saranno disposte anche nel bilancio delle RSA private.

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

#### **5. RECUPERO TARIFFARIO**

La RSA è tenuta a dare comunicazione ai Distretti di competenza e all'Assessorato alla Salute e Politiche sociali - Servizio Economia e programmazione sanitaria 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 inserito nell'elenco del personale trasmesso a inizio d'anno. 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.

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

Figura professionale	Quote giornaliere in Euro
<b>Operatore socio-sanitario</b>	<b>93,60</b>

<b>Infermiere Professionale</b>	<b>107,75</b>
<b>Coordinatore dei servizi</b>	<b>114,00</b>
<b>Operatore di animazione</b>	<b>91,48</b>
<b>Fisioterapista</b>	<b>104,84</b>

Sulla base di quanto dichiarato dalle RSA ai Distretti di competenza entro il 15 gennaio 2012 - su specifico modello del Servizio Economia e programmazione sanitaria già in uso – viene definito l'importo da portare in deduzione al versamento di dicembre.

## **6. DISPOSIZIONI PER GLI OSPITI RESIDENTI IN COMUNI EXTRAPROVINCIALI**

Nell'anno 2011, per gli ospiti residenti in comuni extra-provinciali o che abbiano acquisito la residenza in provincia di Trento in data successiva o contestuale alla richiesta di valutazione della non autosufficienza all'UVM 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 perchè afferenti al canale di finanziamento assicurato dagli specifici fondi ai sensi dell'articolo 19 bis della LP 6/98 e s.m.:

<b>Tipologia RSA territoriale</b>	<b>Tariffe giornaliere in Euro</b>
Capacità ricettiva fino a 40 p.l. negoziati	<b>89,15</b>
Capacità ricettiva da 41 a 50 p.l. negoziati	<b>81,47</b>
Capacità ricettiva da 51 a 60 p.l. negoziati	<b>78,51</b>
Capacità ricettiva da 61 p.l. negoziati	<b>76,76</b>
Incremento per p.l. nucleo demenze	<b>35,43</b>
Incremento per p.l. nucleo sanitario	<b>49,25</b>
Incremento per p.l. nucleo namir	<b>58,43</b>
<b>Tipologia RSA a sede ospedaliera</b>	<b>114,41</b>