

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 2014

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. PROGETTO DI DOMICILIARITÀ-SOLLIEVO-FRAGILITÀ PRESSO LA APSP DI AVIO
11. GESTIONE DEGLI ACCESSI IN RSA
12. VIGILANZA SULLA RSA
13. FLUSSI INFORMATIVI
 - 13.1 Presenze ospiti
 - 13.2 Elenco ospiti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza
 - 13.3 Elenco personale
 - 13.4 Banca dati ministeriale
 - 13.5 Documentazione contabile
14. SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO
15. OBBLIGHI FORMATIVI NEI CONFRONTI DEI TIROCINANTI DEI CORSI UNIVERSITARI E PROFESSIONALI DI AMBITO SANITARIO
16. 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 2014 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. RECUPERO TARIFFARIO
6. DISPOSIZIONI PER GLI OSPITI RESIDENTI IN COMUNI EXTRAPROVINCIALI

TABELLA A: Parametri di personale in RSA anno 2014 assicurati dalle tariffe di cui alle presenti Direttive

TABELLA B: Tipologia posti letto negoziati anno 2014

TABELLA C: Prospetto operatori finanziati anno 2014

TABELLA D: Ore di assistenza specialistica anno 2014

TABELLA E: Elementi per il finanziamento anno 2014 delle RSA

TABELLA F: Numero di tirocinanti in formazione anno 2014

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 2014.

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 ASL 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.

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.

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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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 e sicurezza 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 Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza entro il 28 febbraio 2015.

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'equipe 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.

Per gli ospiti ambulabili il medico della RSA può richiedere visite specialistiche in ambulatorio APSS 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 dall'ospite. Per gli ospiti 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 dell'ospite.

Le RSA entro il 20 gennaio 2014, 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 2014 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.

Entro il 28 febbraio 2015 l'Azienda invia all'Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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, le RSAO nonché le RSA con ospiti 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.

E' possibile, su preventiva comunicazione all'Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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, il coinvolgimento nei processi di valutazione dei bisogni degli ospiti, 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.

Le principali prestazioni di assistenza infermieristica sono individuabili in:

- assistenza infermieristica 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;

- adozione di processi di somministrazione dei farmaci e di monitoraggio degli ospiti rispondenti ai requisiti di sicurezza secondo le procedure indicate dalla direzione anche in relazione di eventuali indicazioni di APSS;
- 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 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 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 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 esercizi motori e continuità nelle azioni di mantenimento dell'autonomia fisica agli ospiti 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 èquipe 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 13.3 – 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 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 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 tenendo conto dei ritmi abituali degli ospiti nelle attività quotidiane.

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.

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 Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'Azienda vigila sull'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica all'interno del budget definito dalle presenti Direttive.

A tal fine, entro il mese di gennaio 2014 l'Azienda costituisce un tavolo di lavoro permanente con specialisti ospedalieri e medici delle RSA (come indicati da UPIPA) 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, piano terapeutico o fornitura diretta da farmacia ospedaliera).

In particolare, è fortemente raccomandato un approccio centrato sulla periodica rivalutazione del carico terapeutico complessivo cui sono sottoposti i singoli ospiti 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 in via eccezionale, per singoli e specifici casi che dovranno essere tempestivamente comunicati e rispetto ai quali il Distretto rilascerà eventuale autorizzazione.

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 (Nimir).

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.

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 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 nuovi ospiti 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 €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 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 13.2).

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 emerge 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 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. PROGETTO DI DOMICILIARITÀ-SOLLIEVO-FRAGILITÀ PRESSO LA APSP DI AVIO

Come previsto nel protocollo d'intesa sul Presidio socio-sanitario di Ala sottoscritto il 9 settembre 2013 e ratificato con deliberazione provinciale n. 2032/2013 viene attivato in via sperimentale un progetto di domiciliarità-sollievo-fragilità presso la APSP di Avio.

Le caratteristiche della sperimentazione sono contenute nel Protocollo.

Per questi posti letto le modalità di finanziamento (e i parametri assistenziali) sono quelli previste per i posti di sollievo RSA.

A 6 mesi dall'attivazione del nucleo l'APSS relazionerà rispetto ai risultati.

L'accesso è comunque disposto dall'UVM.

I posti letto verranno convenzionati man mano che si renderanno effettivamente disponibili.

11. 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. La comunicazione della disponibilità del posto letto da parte della RSA dovrà avvenire via fax alla segreteria dell'UVM distrettuale, salvo diversi accordi tra Distretto sanitario e RSA di pertinenza nell'utilizzare, per la comunicazione, la posta elettronica.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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 MMG o dell'assistente sociale; in tale caso sarà considerata valida la documentazione valutativa già acquisita dall'UVM.

7. 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.
8. 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.
9. 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).
10. Al fine di assicurare la gestione dei nominativi pervenuti il venerdì pomeriggio (di cui al punto 8), la segreteria UVM predisporrà una lista, specifica per RSA, di persone per le quali è già stata accertata la disponibilità all'inserimento, composta da 2 nominativi per sesso.
11. Qualora la famiglia desiderasse posticipare di qualche giorno l'inserimento della persona, sarà tenuta a corrispondere alla RSA una retta di prenotazione del posto letto.
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 dell'ospite elabora il primo Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e ne trasmette copia all'UVM di riferimento, mediante il sistema Atlante, nella versione "sintetica".
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 igienico-sanitaria di cui al successivo paragrafo 12, 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 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).

12. VIGILANZA SULLA RSA

L'Azienda esercita le seguenti funzioni:

- vigilanza tecnico-sanitaria relativa alla struttura edilizia;
- vigilanza tecnica sugli ambienti di comunità;
- vigilanza tecnica 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 riabilitazione motorie e cognitive delle persone e altre prestazioni riabilitative;
 - d) prestazioni di assistenza generica alla persona:
 - igiene della persona e cura dell'abbigliamento, alimentazione, mobilizzazione;
 - 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;
 - farmacista della APSS;
 - 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 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 2014 alle RSA una relazione sugli esiti della vigilanza (indicatori di qualità) relative alle visite svolte nell'anno 2014 (dati 2013). La relazione includerà in forma anonima anche gli esiti di tutte le altre 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.

A tal fine il Distretto nell'espletamento della propria attività si raccorderà con il Nucleo di valutazione della Provincia al fine di 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 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.

13. FLUSSI INFORMATIVI

13.1 Presenze ospiti

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

13.2 Elenco ospiti e segnalazione disponibilità per posti letto d'urgenza

Entro il 15 gennaio 2014 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 2014 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.

13.3 Elenco personale

Entro il 15 gennaio 2014 la RSA trasmette ai Distretti di competenza e all'Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale – Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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.

13.4 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.

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.

13.5 Documentazione contabile

Le RSA trasmettono all'Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale - 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:

1. il bilancio preventivo economico (budget) anno 2014 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 2013 con relative relazioni ed allegati;
3. la verifica gestionale relativa al primo semestre 2014 (per gli enti gestori APSP il riferimento è il comma 3 art. 6 LR 7/2005).

Vanno inoltre comunicati gli importi delle rette alberghiere applicate, specificando eventuali differenziazioni (es. comfort alberghieri, riduzione per assenze, retta di prenotazione, retta per privati).

La trasmissione della documentazione di cui sopra deve avvenire per via posta elettronica certificata al seguente indirizzo serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it.

Le R.S.A. 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.

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. UPIPA trasmetterà una proposta di schemi standard al Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza entro 31 gennaio 2014.

14. 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 Solidarietà sociale - Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza 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.

15. 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) 2014. 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 politiche sanitarie e per la non autosufficienza valutare quali azioni operare in termini di recupero tariffario.

16. 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 Solidarietà sociale - 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 DEGLI OSPITI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO PER L'ANNO 2014 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 (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 sanitaria verrà ridotta del 50% in caso di assenza prolungata dell'ospite (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. 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.
- 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 2014 sono le seguenti:

Tipologia RSA territoriale pubblica	Tariffe giornaliere in Euro
Fino a 40 p.l. accreditati	85,29
da 41 a 50 p.l. accreditati	78,26
da 51 a 60 p.l. accreditati	75,49
da 61 p.l. accreditati	73,91
Incremento per p.l. nucleo demenze	31,62
Incremento per p.l. nucleo sanitario	43,99
Incremento per p.l. nucleo namir	56,08
Tipologia RSA a sede ospedaliera	104,45

Le tariffe delle RSA private che trovano applicazione per l'anno 2014 sono le seguenti:

Tipologia RSA territoriale privata	Tariffe giornaliere in Euro
Fino a 40 p.l. accreditati	82,10
da 41 a 50 p.l. accreditati	75,07
da 51 a 60 p.l. accreditati	72,30
da 61 p.l. accreditati	70,72
Incremento per p.l. nucleo demenze	31,62
Incremento per p.l. nucleo sanitario	43,99
Incremento per p.l. nucleo namir	56,08
Tipologia RSA a sede ospedaliera	104,45

Eventuali aumenti di posti letto accreditati nel corso dell'anno che comportino l'applicazione di un diverso importo tariffario giornaliero, determinano la revisione del finanziamento complessivo a partire dal 1° giorno del mese successivo all'accREDITAMENTO di nuovi posti letto.

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: €672,76
- quota annuo a posto letto nucleo: €1.345,51
- quota annuo a posto letto RSAO: €2.018,27

ausili per incontinenza:

- quota annua a posto letto negoziato: €494,35

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 forfettario per posto letto negoziato di € 456,25 per un valore complessivo di € 2.012.518,75. 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 €1.572.763,16. 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 € 575.670,00 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 8, parte prima delle presenti direttive, è corrisposta una tariffa giornaliera e onnicomprensiva pari ad € 70,64 per il solo periodo di effettivo utilizzo. Le risorse finanziarie vengono accantonate in un apposito fondo per un importo complessivo pari ad €386.754,00.

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 dell'ospite 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 6, parte prima delle presenti direttive, vengono accantonate in un apposito fondo delle risorse pari ad €629.000,00.

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 € 50.000,00, 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 2014.

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;
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 viene istituito un apposito fondo pari ad €40.000,00.

Per l'anno 2014 il finanziamento è destinato all'attuale centro attivato presso la RSA di Riva del Garda e ad altri centri che saranno attivati nel corso dell'anno.

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 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 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 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
Operatore socio-sanitario	92,66
Infermiere Professionale	106,67
Coordinatore dei servizi	112,86
Operatore di animazione	90,57
Fisioterapista	103,79

Sulla base di quanto dichiarato dalle RSA ai Distretti di competenza entro il 15 gennaio 2014 - su specifico modello del Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza già in uso – viene definito l'importo da portare in deduzione al versamento di dicembre.

Come stabilito nella deliberazione provinciale n. 1348 del 1° luglio 2013 viene posto un limite all'importo della retta alberghiera base 2014 definito da ciascun ente gestore. Questo limite è pari alla retta alberghiera base 2013 aumentata del tasso programmato di inflazione (TIP).

Se la retta alberghiera 2013 risulta inferiore alla media ponderata delle rette alberghiere 2013 (pari ad € 45,37), il limite della nuova retta 2014 è pari all'importo della retta alberghiera 2013 aumentata del doppio TIP. La retta 2014, così calcolata, non potrà in ogni caso superare la media ponderata 2013 aumentata del TIP (€45,37+TIP).

L'inosservanza delle disposizioni comporterà il recupero delle somme incassate in eccesso a valere sul finanziamento sanitario 2014. Il Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza comunicherà all'Azienda gli eventuali importi da portare in deduzione.

6. DISPOSIZIONI PER GLI OSPITI ACCOLTI IN POSTI LETTO CONVENZIONATI CON ALTRI SERVIZI SANITARI REGIONALI

Nell'anno 2014, per gli ospiti accolti 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 perchè 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	87,95
Capacità ricettiva da 41 a 50 p.l. accreditati	80,38
Capacità ricettiva da 51 a 60 p.l. accreditati	77,46
Capacità ricettiva da 61 p.l. accreditati	75,74
Incremento per p.l. nucleo demenze	34,95
Incremento per p.l. nucleo sanitario	48,59
Incremento per p.l. nucleo namir	57,65
Tipologia RSA a sede ospedaliera	112,88