



LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

CAP. 1 FINALITÀ DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Le residenze sanitarie assistenziali (di seguito denominate RSA) sono individuate dall'art 23 della L.R. 17/2014 nell'ambito delle strutture intermedie, cioè articolazioni operative del sistema sanitario dell'assistenza primaria integrate nella rete dei servizi distrettuali. Tali strutture svolgono infatti una funzione intermedia fra l'ospedale, riservato alle patologie acute e complesse, e i servizi domiciliari e ambulatoriali e sono destinate alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza o monitoraggio continui al di fuori dell'ospedale, al fine di assicurare la continuità delle cure qualora non si sia verificato il completo recupero dell'autonomia o non vi siano le condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare.

In particolare **le RSA sono destinate a fornire assistenza continuativa a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti, a soggetti temporaneamente non autosufficienti e a soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori.**

L'accesso alle strutture intermedie, al fine di una uniforme applicazione sul territorio regionale, avviene previa verifica dell'idoneità dell'intervento medesimo mediante strumenti di valutazione multiprofessionale e multidisciplinare. L'unità di valutazione distrettuale (di seguito denominata UVD) di cui all' articolo 25 della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all' articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali", dotata di competenze multiprofessionali e multidisciplinari, legge e condivide le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali e garantisce la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale, terapeutica, riabilitativa più appropriata.

L'UVD è composta da un medico del Distretto sanitario, da un assistente sociale, di norma dipendente degli enti locali, e da un infermiere e viene di volta in volta integrata, in relazione al singolo caso esaminato, dal medico di fiducia del paziente e da altre figure professionali il cui apporto si renda necessario. Per l'accesso alle RSA di livello riabilitativo, l'UVD è integrata da una fisiatra per la definizione del progetto riabilitativo individuale. Non vi è obbligo di sottoporre all'UVD i casi in cui sia riconosciuta, a livello di base o in sede di primo screening socio-sanitario integrato, la necessità di ricorrere ad interventi semplici, di tipo esclusivamente sociale o sanitario. Sulla base di tali indicazioni la composizione dell'UVD è stabilita dal Direttore del Distretto Sanitario.

CAP. 2 TIPOLOGIA DI UTENZA ED ELIGIBILITÀ

Requisito fondamentale per l'accesso nella RSA è che la persona, di età adulta o anziana e con sensibile perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, si trovi nelle condizioni di non poter usufruire, in regime domiciliare, per motivi sanitari e/o tutelari, dell'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa di cui necessita.

Le RSA sono in grado di rispondere ai seguenti bisogni prevalenti dell'utenza:

- condizioni sanitarie connotate da comorbidità e severità clinica, ma tali da non richiedere cure ospedaliere;
- necessità di trattamenti riabilitativi in fase estensiva, qualora non si configuri l'indicazione per un centro di riabilitazione ospedaliera e una tutela medica continuativa nelle 24 ore.

Si ribadisce che le indicazioni al ricovero ospedaliero riabilitativo sono caratterizzate dalla esigenza di un elevato livello di complessità diagnostica e riabilitativa che richiede competenze professionali, spesso interdisciplinari, nello sviluppo del progetto riabilitativo.

Possono essere quindi ospitati in RSA, a solo titolo esemplificativo:

1. Utenti con prevalenti bisogni clinico-assistenziali e riabilitativi:

- ortopedici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto, dopo fratture, interventi di protesi, ecc.;
- neurologici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto di ictus cerebrale, lesioni neurologiche traumatiche o neurochirurgiche, malattie degenerative del sistema nervoso, ecc.;
- broncopneuropatici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto, interventi di lobectomia, interventi di pneumonectomia, ecc. ovvero per B.P.C.O. riacutizzata;
- cardiologici in fase di stabilizzazione dopo episodio acuto, dopo infarto del miocardio, angina pectoris, scompenso cardiaco, ecc.;

- polipatologici provenienti dall'ospedale dopo un evento acuto, ma in fase di stabilizzazione o in precedenza seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con aggravamento del quadro clinico tale da non necessitare il ricovero ospedaliero;

2. Utenti con prevalenti bisogni clinico assistenziali, tutelari e di consulenza psichiatrica:

- demenze, ivi comprese quelle senili;
- patologie psichiatriche stabilizzate, in cui predomini una disabilità derivante da comorbidità di tipo internistico/geriatrico con la collaborazione dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale;

3. Utenti con prevalenti bisogni assistenziali e tutelari caratterizzati da:

- esigenza di temporaneo sollievo per i familiari e/o per le persone che si prendono cura dell'assistito non autosufficiente ("caregivers");
- contesto socio-ambientale temporaneamente compromesso, tale da impedire l'assistenza a domicilio della persona non autosufficiente.

CAP. 3 I LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA

La RSA offre 3 livelli di assistenza sanitaria differenziati, modulati sulla base della intensità delle cure e correlati agli standard assistenziali di cui al cap.9, come di seguito indicato:

- livello di assistenza di base, cui afferiscono pazienti stabili che richiedono assistenza medica o infermieristica di base, erogabile a domicilio, ma che necessitano di ricovero per un insieme di problematiche sanitarie, sociali e ambientali per un periodo limitato, compreso il sollievo alla famiglia. Include anche pazienti con patologie croniche stabilizzate o in fase di avanzata stabilizzazione, che richiedono comunque interventi sanitari con consumo di risorse limitate (non necessitanti di indagini strumentali ad elevata tecnologia, di terapia medica innovativa, di assistenza integrativa particolare, ecc.).
- livello di assistenza medio cui afferiscono pazienti stabilizzati che necessitano di interventi sanitari più impegnativi e di monitoraggio, di terapia medica innovativa, di un elevato grado di assistenza integrativa (a solo titolo esemplificativo pazienti con stomie, con catetere venoso centrale ecc.), di medicazioni frequenti, di nutrizione enterale, parenterale, di ventilazione meccanica e assistita ecc.
- livello di assistenza riabilitativo cui afferiscono pazienti stabili che richiedono un trattamento riabilitativo in fase estensiva (da 1 a 3 ore al giorno) e non necessitano di ricovero ospedaliero.

CAP. 4 PROCEDURE DI SEGNALAZIONE, VALUTAZIONE AMMISSIONE E DIMISSIONE

La segnalazione, effettuata di norma dal medico ospedaliero o dal medico di medicina generale dell'assistito, deve essere diretta al Distretto di residenza dell'utente. La raccolta dei dati e delle informazioni necessarie alla valutazione dell'eligibilità del paziente viene effettuata dal personale sanitario del Distretto in collaborazione con il servizio sociale dell'Ambito distrettuale. Se il domicilio sanitario risulta diverso dalla residenza, la presa in carico deve essere concordata tra i due Distretti, e preventivamente autorizzata, con assunzione dell'impegno di spesa, dal parte del distretto di residenza.

L'accoglimento in RSA è preceduto dalla valutazione dell'UVD del Distretto di residenza dell'utente per l'assegnazione a uno dei tre livelli assistenziali previsti, utilizzando apposite scale e strumenti di valutazione multidimensionale; attualmente è in uso la scheda di valutazione multidimensionale Val.Graf. FVG, che potrà essere modificata con successive disposizioni regionali.

Tale valutazione deve essere effettuata quanto più tempestivamente possibile rispetto alla segnalazione e comunque non oltre i 3 giorni e deve comprendere anche l'individuazione della RSA più idonea alle esigenze sanitario-assistenziali dell'utente, sentite le sue preferenze e quelle dei care-giver.

L'ammissione è disposta di intesa con il Responsabile medico della RSA che attesta la disponibilità del posto letto nel livello assistenziale individuato.

All'atto dell'ammissione dell'utente in RSA, l'Ospedale o eventuale altra Struttura di provenienza deve contestualmente trasmettere copia della documentazione clinico-assistenziale.

Qualora l'utente provenga dal proprio domicilio sarà cura del MMG e dell'equipe distrettuale fornire alla RSA tutta la documentazione sanitaria e le informazioni necessarie alla continuità assistenziale.

La dimissione viene effettuata dal Responsabile medico della RSA e viene comunicata al Distretto Sanitario di residenza dell'assistito; per la dimissione di utenti con bisogni complessi si avvale dell'UVD per l'individuazione del servizio di rete più appropriato alle esigenze del paziente. La data della dimissione deve essere concordata con il servizio destinatario eventualmente coinvolto e comunicata preventivamente all'utente e/o ai familiari/care-giver.

CAP. 5 PRIORITÀ DI AMMISSIONE E COMPILAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La priorità di ammissione è stabilita dall'UVD del Distretto nel cui territorio insiste la RSA.

I criteri per individuare l'ordine di ammissione sono i seguenti:

- criterio territoriale (residenza dell'utente nella stessa Azienda sanitaria in cui è collocata la RSA);
- priorità clinico-assistenziali-riabilitative.

Deve essere in ogni caso data priorità alla riammissione in RSA di utenti temporaneamente ricoverati in Ospedale.

In ogni Distretto Sanitario deve essere conservata e regolarmente aggiornata la lista d'attesa per le RSA presenti nel territorio di competenza con l'indicazione dei criteri di priorità e che consenta inoltre la programmazione delle richieste di ricovero per sollievo nell'arco dell'intero anno solare, al fine di garantire, a quanti lo richiedano, il periodo previsto.

CAP. 6 DURATA DELLA DEGENZA

La degenza in RSA è temporanea e viene disposta dalla UVD in funzione delle condizioni cliniche, della situazione socio-assistenziale dell'utente e del livello di recupero funzionale conseguibile in regime residenziale e, di norma, non deve superare i 30 giorni per il livello assistenziale di base e medio e di 40 giorni, per ragioni di congruità con il valore soglia delle prestazioni di ricovero della riabilitazione ospedaliera, per il livello riabilitativo. La proposta di durata della degenza può essere modificata dal responsabile clinico della struttura d'intesa con l'UVD, aumentando o riducendo i giorni proposti, in relazione alle condizioni cliniche dell'ospite o per altre motivazioni che potrebbero incidere negativamente sullo stato di salute dell'utente.

Per i ricoveri con prevalente funzione di sostegno socio-ambientale ("funzione sollievo"), al fine di garantire criteri di equità nell'accessibilità e di omogeneizzare i comportamenti a livello regionale, il periodo massimo deve essere contenuto in 30 giorni all'anno per ciascun utente, eventualmente fruibile in due accessi.

Come esplicitato dettagliatamente nel Cap. 10, dal trentunesimo giorno di degenza per il livello di base e medio e dal quarantunesimo per il livello riabilitativo, all'utente è richiesta dalla direzione della RSA una quota di partecipazione pari al 50% del valore della tariffa.

CAP. 7 DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELLA RSA

Per ogni ospite deve essere redatta una cartella sanitaria e assistenziale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale e periodicamente aggiornata dal personale.

Nella cartella sono disponibili almeno le seguenti informazioni: valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati, anamnesi ed esame obiettivo, prescrizioni diagnostiche, prescrizioni e somministrazioni terapeutiche, annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso, reazioni avverse, valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico, valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione, registrazione, all'accogliimento e durante il soggiorno nella struttura, di dati di tipo assistenziale, piano assistenziale/progetto riabilitativo individuale corrispondente ai problemi/bisogni identificati, registrazione di interventi valutativi ed assistenziali di tutti i professionisti ed operatori dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare.

Nella RSA è adottata una procedura per la redazione della documentazione sanitaria con identificazione delle responsabilità, della modalità di compilazione e di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei problemi di salute. Inoltre devono essere attuate verifiche periodiche della documentazione sanitaria che ne attestino la qualità e completezza.

CAP. 8 PRESTAZIONI DA EROGARE

Le RSA devono garantire nei confronti degli ospiti le seguenti prestazioni assistenziali:

Assistenza sanitaria

- assistenza medica e specialistica, correlata alla tipologia e allo stato di gravità degli ospiti;
- assistenza infermieristica;
- riabilitazione estensiva, di durata compresa tra una e tre ore giornaliere, per il recupero delle abilità pregresse o consolidamento delle abilità residue;
- consulenza e controllo dietologico nutrizionale;
- assistenza farmaceutica, protesica e integrativa.

Tutte le attività sanitarie devono essere svolte garantendo un approccio unitario e globale al paziente sia nel momento valutativo (valutazione multidimensionale) sia nel momento erogativo attraverso interventi integrati delle equipe medico-infermieristico-riabilitativa. Deve altresì essere mantenuto un rapporto costante con l'ambito territoriale di riferimento, servizio sociale, a garanzia del reinserimento nel contesto di domicilio abituale dopo la temporanea degenza presso la RSA.

CAP. 9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA

9.1 Assistenza medica

Nella RSA è garantita la presenza medica di almeno quattro ore giornaliere, circa 10 minuti/die a paziente su due turni a garanzia della possibilità di accoglimento anche nelle ore pomeridiane, per sei giorni alla settimana, con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti. L'assistenza medica è erogata da medico/i con impegno orario di almeno 24 ore settimanali per nuclei di 20 ospiti e comunque proporzionata alla capacità recettiva della struttura.

Nelle RSA con livello assistenziale riabilitativo il medico è in possesso di specializzazione in medicina fisica e riabilitazione o titolo equipollente. Tale medico, insieme al fisioterapista, all'infermiere e all'operatore socio sanitario, costituisce il team riabilitativo che redige il progetto riabilitativo individuale.

I costi dell'assistenza medica sono compresi nella tariffa giornaliera prevista nel presente documento.

Non è consentita alcuna prescrizione, su ricettario SSR, a favore di soggetti ospiti delle RSA, anche qualora l'assistenza medica sia garantita da medici dipendenti o convenzionati del SSR, per tutto il periodo di permanenza e comunque fino al rientro al domicilio.

La continuità dell'assistenza è garantita dai medici operanti nei servizi di continuità assistenziale in collaborazione con il medico della RSA.

9.2 Standard assistenziali del personale sanitario e di supporto

Nelle RSA con livello assistenziale di base deve essere garantita un'assistenza globale di almeno 160 minuti al giorno per ciascun utente (di cui 50 min. di infermiere e 110 min. di OSS).

Nelle RSA con livello assistenziale medio, in grado di accogliere utenti richiedenti trattamenti assistenziali intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, deve essere garantita una assistenza globale di almeno 240 minuti al giorno per ciascun utente (di cui 110 min. di infermiere e 130 min. di OSS).

Nelle RSA con livello assistenziale riabilitativo deve essere garantita un'assistenza globale di almeno 190 minuti al giorno per ciascun utente (di cui 80 min. di infermiere e 110 min. di OSS) e essere garantito dal team riabilitativo un trattamento complessivo da 1 a 3 ore al giorno per 6 giorni alla settimana per ciascun paziente.

La R.S.A. deve essere inoltre in possesso dei seguenti standard di personale:

- almeno un coordinatore infermieristico
- presenza infermieristica nelle 24 ore;
- fisioterapisti, terapisti occupazionali ed educatori professionali;
- operatori socio - sanitari (OSS)
- consulenza dell'assistente sociale territorialmente competente
- consulenza psicologo
- consulenza dietista

9.3 Assistenza farmaceutica

L'erogazione dell'assistenza farmaceutica è a carico dell'Azienda per l'assistenza sanitaria di residenza dell'assistito nel rispetto della vigente normativa in materia di erogazione diretta, appropriatezza prescrittiva, piani terapeutici, note AIFA e farmacovigilanza con particolare riferimento alla segnalazione di reazioni avverse.

L'assistenza farmaceutica è riferita:

- a) all'erogazione delle specialità medicinali, farmaci generici e prodotti galenici relativi alle patologie presentate dal soggetto ospite;
- b) all'erogazione dei dispositivi medici e del materiale di consumo.

I prodotti di cui ai precedenti punti a) e b) sono forniti direttamente dall'Azienda in cui insiste la RSA e pertanto le prescrizioni devono essere effettuate con riferimento al Prontuario Terapeutico Aziendale o di Area vasta o Regionale. Il medico di medicina generale non deve prescrivere farmaci su ricettario SSR nei confronti dei pazienti ospiti della RSA.

I dati relativi all'erogazione diretta di tali farmaci presso le RSA devono essere rilevati ai fini della compensazione intraregionale e interregionale.

9.4 Assistenza specialistica

Considerato che i pazienti accolti nella RSA, presentano quadri clinici stabili o in fase di stabilizzazione e bisogni clinico-assistenziali già individuati, la consulenza specialistica, comprese le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, ha carattere eccezionale ed episodico. L'assistenza specialistica, fatta salva quella garantita dai medici della RSA, è a carico dell'Azienda sanitaria di residenza dell'assistito e le consulenze richieste devono essere effettuate prioritariamente dagli specialisti dell'Azienda stessa nella quale insiste RSA. Le richieste non prevedono la prescrizione su ricettario del SSR.

Le consulenze specialistiche e le indagini strumentali indifferibili sono fatturate all'Azienda di residenza dell'assistito, qualora sia diversa da quella sede della RSA.

Tali prestazioni devono pertanto essere rilevate per gli adempimenti amministrativo-contabili.

9.5 Assistenza protesica e integrativa

Come previsto dai requisiti di autorizzazione e accreditamento, la RSA deve avere una dotazione adeguata delle varie tipologie in uso di materasso antidecubito e, nel caso di particolari bisogni, di presidi idonei a garantire a ciascun ospite la risposta più idonea in materia di prevenzione delle lesioni da pressione, presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente, carrozzine a telaio rigido, ausili per evacuazione, sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbracatura e un sistema pesa-persona disabili.

La restante assistenza protesica e quella integrativa è a carico dell'Azienda di residenza dell'assistito e l'erogazione avviene secondo le procedure previste dalla normativa nazionale e regionale vigente.

9.6 Dialisi peritoneale

Al fine di evitare il ricorso ad accessi ospedalieri non necessari, la struttura di nefrologia e dialisi competente per territorio assicura la formazione del personale di assistenza per l'attivazione del servizio di dialisi peritoneale ai pazienti accolti nelle RSA e assicura la fornitura del materiale di consumo anche alle strutture private accreditate con le modalità previste negli accordi contrattuali.

Tali prestazioni devono pertanto essere rilevate per gli adempimenti amministrativo-contabili.

9.7 Trasfusioni

Al fine di evitare il ricorso ad accessi ospedalieri non necessari, il servizio di medicina trasfusionale competente per territorio assicura la formazione del personale medico ed infermieristico sulla corretta procedura per la trasfusione di sangue ed emoderivati ed assicura la fornitura degli stessi anche alle strutture private accreditate con le modalità previste negli accordi contrattuali.

Tali prestazioni devono pertanto essere rilevate per gli adempimenti amministrativo-contabili.

9.8 Direzione sanitaria della struttura

La direzione sanitaria della RSA è affidata ad un medico del Distretto sanitario ovvero al responsabile medico della RSA.

Il medico, cui è attribuita la funzione di direttore sanitario, è responsabile della gestione complessiva delle attività della RSA, compresa la gestione del personale e la formazione dei professionisti e operatori e assolve alle seguenti funzioni:

- vigila sul rispetto delle sfere di competenza professionale dei singoli operatori della struttura,

- è responsabile sotto il profilo igienico sanitario della struttura;
- è responsabile in materia di rifiuti;
- è responsabile in materia di privacy della struttura;
- è responsabile della corretta tenuta della documentazione sanitaria;
- è responsabile della tenuta dei farmaci;
- vigila sull'applicazione del consenso informato ai trattamenti sanitari;
- coordina l'elaborazione dei percorsi diagnostico terapeutici e delle procedure organizzative di competenza;
- coordina l'elaborazione e l'aggiornamento della carta dei servizi.

Alla piena realizzazione della gestione complessiva delle attività collabora il coordinatore infermieristico che assolve alle seguenti funzioni:

- coordina le attività del personale di assistenza;
- coordina l'elaborazione dei percorsi assistenziali e delle procedure organizzative di competenza;
- presidia le fasi attraverso le quali si perviene a risultati di benessere per gli ospiti;
- collabora all'elaborazione e all'aggiornamento della carta dei servizi.

CAP. 10 TARIFFE E PARTECIPAZIONE DELL'UTENZA ALLE SPESE

Le tariffe delle RSA sono modulate sulla base delle seguenti variabili:

- modulazione delle tariffe su due livelli, corrispondenti ai tre profili assistenziali individuati nel cap.3
- classificazione come posti di residenzialità non equivalenti a posti letto ospedalieri e pertanto con costo giornaliero a carico del SSR inferiore alla tariffa regionale per giornata di lungodegenza ospedaliera.

Le tariffe relative sono così determinate:

livello di assistenza di base pari a euro 111 euro per giornata di degenza

livello di assistenza medio pari a euro 134 per giornata di degenza

livello di assistenza riabilitativo pari a euro 143 per giornata di degenza

Il ricovero in RSA è gratuito per i cittadini residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia per i primi 30 giorni per il livello assistenziale di base e medio e di 40 giorni per il livello riabilitativo per ragioni di congruità con il valore soglia delle prestazioni di ricovero della riabilitazione ospedaliera, ritenendo che questo periodo sia caratterizzato da una prevalenza dei bisogni sanitari e pertanto viene fatto rientrare nei Lea aggiuntivi regionali.

Il calcolo dei 30/40 giorni di gratuità senza partecipazione alla spesa da parte dell'utenza deve essere effettuato per ogni singolo ricovero, in quanto legato al progetto riabilitativo sanitario o sociosanitario specifico del soggetto nel particolare momento in cui viene ricoverato; per gli stessi motivi il periodo massimo di degenza è riferito ad ogni singolo ricovero. Il ricovero in Ospedale dalla RSA, essendo conseguente all'aggravamento del paziente e/o postulando l'incremento dell'attività assistenziale, interrompe la degenza in RSA e quindi la contribuzione dell'utente alle spese. L'eventuale successiva dimissione protetta dall'Ospedale verso la RSA, comporta un nuovo progetto riabilitativo sanitario o sociosanitario e di conseguenza si configura come un nuovo ricovero con correlata franchigia di 30/40 giorni dal giorno di rientro.

La quota di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza è pari al 50% del valore della tariffa, come previsto dall'applicazione della normativa statale dei LEA sociosanitari ma, tale quota, per i soli cittadini residenti nella regione Friuli Venezia Giulia, è dovuta a partire dal trentunesimo giorno di ricovero per il livello di base e medio e dal quarantunesimo per il livello riabilitativo, fatta salva deroga autorizzata dall'UVD per il protrarsi dell'assistenza in fase intensiva.

Qualora la degenza in RSA si protragga per motivi non sanitari, viene applicata la retta giornaliera pari all'intero importo tariffario per livello di assistenza a partire dal giorno in cui il paziente sia dichiarato dimissibile dalla RSA con attestazione registrata nella documentazione sanitaria del paziente da parte del Responsabile medico. Tale indicazione vale anche per i ricoveri di sollievo che si protraggono oltre il ventunesimo giorno.

CAP. 11 IL SISTEMA DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E DEL REGIME TARIFFARIO

Il Distretto sanitario effettua un costante monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate presenti nel proprio territorio, attraverso un professionista sanitario formalmente individuato dal Direttore del Distretto per le attività di vigilanza e controllo, con la finalità di verificare la congruità e

l'appropriatezza rispetto alle valutazioni multidimensionali effettuate e al piano assistenziale e/o al progetto riabilitativo individuale redatto.

In particolare, fatto salvo quanto previsto dalla normativa statale e regionale in materia di controlli dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, le verifiche riguardano:

- la corretta attribuzione degli utenti al livello assistenziale nel rispetto delle indicazioni regionali;
- la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale con quanto definito dal piano assistenziale individuale (PAI) e dal progetto riabilitativo individuale (PRI);
- l'evidenza nella documentazione sanitaria dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate da parte delle figure professionali appropriate;
- il rispetto degli standard di personale.

Devono inoltre essere effettuati con periodicità almeno annuale, audit tra Distretti e Ospedali sulla documentazione sanitaria dei pazienti accolti nelle RSA con la finalità di migliorare le procedure di segnalazione, valutazione, ammissione e gestione clinica a garanzia della continuità assistenziale.

CAP. 12 MOBILITA' SANITARIA INTRAREGIONALE E INTERREGIONALE

Le prestazioni di ricovero in RSA sono soggette alla compensazione intraregionale e interregionale per la mobilità sanitaria; pertanto le RSA fatturano le prestazioni direttamente alla Azienda di residenza dell'utente. A tal fine l'accoglimento presso RSA ubicate in Aziende diverse da quelle di residenza dell'assistito deve essere preventivamente autorizzato dall'UVD del Distretto sanitario di residenza.

Per la mobilità intraregionale:

- L'A.A.S. in cui insiste l'RSA ospitante addebiterà all'A.A.S. di residenza dell'utente mediante fatturazione diretta, una tariffa, per giornata di degenza, pari all'importo complessivo della tariffa prevista per livello assistenziale assegnato;
- spetta all'A.A.S. di residenza riscuotere dall'utente la quota di partecipazione alla spesa a partire dal 41esimo per le RSA di livello riabilitativo o dal 31esimo giorno per le RSA di livello base e medio;
- a tal fine, prima del ricovero nella struttura, l'A.A.S. ospitante dovrà essere in possesso della formalizzazione dell'impegno di spesa da parte dell'AAS di residenza dell'utente.

Per la mobilità interregionale:

- l'A.A.S. ospitante dovrà essere in possesso della formalizzazione dell'impegno di spesa da parte dell'Azienda sanitaria di residenza dell'utente;
- l'A.A.S. in cui insiste la RSA ospitante addebiterà all'Azienda sanitaria di residenza dell'utente, mediante fatturazione diretta, un importo pari alla tariffa per giornata di degenza per il livello assistenziale assegnato a decorrere dal primo giorno di ricovero e alle prestazioni extra tariffa di cui al cap.9.

CAP. 13 SISTEMA INFORMATIVO

Il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), istituito dal DM 17 Dicembre 2008, fa parte dei flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute ed è ricompreso fra gli adempimenti cui sono obbligatoriamente tenute le Regioni.

Il flusso riguarda i dati relativi al set di informazioni legate alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali rientrano tra le strutture erogatrici oggetto di rilevazione.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE