



Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia

GIUNTA REGIONALE

Delibera n° 1487

ESTRATTO DEL PROCESSO VERBALE
DELLA SEDUTA DEL 25 MAGGIO 2000.

OGGETTO

DGR 3854/1999: PIMT PER IL TRIENNIO 2000 - 2002 . APPROVAZIONE LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE RSA .

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. dott. Roberto ANTONIONE | - Presidente |
| 2. sig. Paolo CIANI | - Vice-Presidente |
| 3. dott. Aldo ARIJS | - Assessore effettivo |
| 4. sig. Sergio DRESSI | - Assessore effettivo |
| 5. dott. Giorgio POZZO | - Assessore effettivo |
| 6. dott. Ettore ROMOLI | - Assessore effettivo |
| 7. avv. Valter SANTAROSSA | - Assessore effettivo |
| 8. dott. Renzo TONDO | - Assessore effettivo |
| 9. sig. Giorgio VENIER ROMANO | - Assessore effettivo |
| 10. sig. Maurizio SALVADOR | - Assessore supplente |
| 11. avv. Franco FRANZUTTI | - Assessore supplente |
- dott. Giovanni BELLAROSA - Segretario generale

PRESENTI	ASSENTI
	ASSENTE
PRESENTE	
PRESENTE	
	ASSENTE
PRESENTE	
	ASSENTE
PRESENTE	
PRESENTE	
	ASSENTE
	ASSENTE
PRES.VOT.	

In ordine all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto appresso:

VISTA la legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13;

VISTO in particolare l'articolo 17 della predetta legge, il quale, nel definire le funzioni delle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA), prevede che le tipologie ed i modelli organizzativi delle stesse siano oggetto di sperimentazione per un periodo non superiore a tre anni;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 1999, n. 3854, con la quale è stato approvato il Piano di Intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel triennio 2000-2002;

VISTO specificatamente il punto 5.4 del menzionato Piano che, nel trattare il complesso della rete dei servizi distrettuali a tutela della popolazione anziana e dei soggetti non autosufficienti, fornisce, tra l'altro, indicazioni circa le funzioni che dovranno essere svolte in prospettiva dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), con ciò assolvendo a quanto stabilito al richiamato articolo 17 della LR 13/1995 per quanto attiene alle determinazioni da assumere al termine del primo triennio sperimentale;

RITENUTO, a conclusione del citato periodo di sperimentazione, di fornire indirizzi complessivi a sostegno dell'azione delle competenti Aziende per i servizi sanitari in materia di RSA, emanando apposite linee guida per la gestione delle medesime, nelle quali trovino altresì ulteriore precisazione le funzioni indicate dal PIMT e la tipologia dell'utenza;

ESAMINATI i contenuti dell'allegato A) al presente provvedimento, avente ad oggetto "Linee guida per la gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)" e ravvisatane la piena conformità all'intendimento espresso nel capoverso precedente;

Tutto CIO' premesso;

la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla sanità e alle politiche sociali, **all'unanimità**

DELIBERA

1. Di approvare le "Linee guida per la gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)" di cui all'allegato A), facente parte integrante del presente provvedimento.

IL SEGRETARIO
F.to Bellarosa

IL VICEPRESIDENTE
F.to Ciani

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

PREMESSA

Dopo 3 anni di sperimentazione queste Linee Guida perseguono l'obiettivo di omogeneizzare i comportamenti organizzativi, gestionali e procedurali delle R.S.A. tra le diverse Aziende Sanitarie aderendo alle indicazioni normative nazionali e regionali che si sono succedute dal 1995 ad oggi.

Peraltro si propongono di definire le funzioni generali che queste strutture debbono garantire ed aprono la possibilità di estensione del loro impiego in ambito specialistico raccogliendo alcune esperienze già in atto.

Cap. 1 FINALITÀ DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) sono strutture finalizzate a fornire assistenza continuativa a prevalente carattere sanitario che offrono un livello di assistenza infermieristica e riabilitativa superiore a quello erogato dalle Strutture residenziali di natura socio-assistenziale (Case di riposo), accompagnato da un adeguato supporto tutelare ed alberghiero. Pertanto non sono servizi di urgenza, bensì finalizzati ad accogliere per lo più soggetti temporaneamente non autosufficienti in fase riabilitativa.

Le R.S.A. si integrano nella Rete dei Servizi territoriali, in quanto svolgono una funzione intermedia fra l'Ospedale ed i servizi sanitari e socio-assistenziali domiciliari, semiresidenziali e residenziali di altro tipo, integrazione e coordinamento si realizzano nel Distretto competente per territorio tramite l'Unità di Valutazione Distrettuale (U.V.D.) e devono essere finalizzati a garantire la continuità di cura dell'assistito.

In particolare per quanto riguarda gli interventi e le prestazioni socio-assistenziali obbligatori, anche al fine di dare piena attuazione a quanto previsto dalla L.R. 10/1998 in materia di integrazione socio-sanitaria, si deve fare riferimento al comma 3, art.7, L.R. 33/1988 così come modificato dall'art. 7 della L.R. 51/1993 che ribadisce la competenza in materia del comune di residenza dell'utente, considerando irrilevante il cambio di residenza connesso esclusivamente all'accoglimento in strutture di ospitalità.

Cap. 2 DISTINZIONE FUNZIONALE TRA R.S.A., UNITA' OPERATIVE DI RIABILITAZIONE E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI E STRUTTURE RESIDENZIALI DI NATURA SOCIO-ASSISTENZIALE (Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione dd. 7 maggio 1998)

Unità operative ospedaliere di riabilitazione e rieducazione funzionale

Sono dedicate ai pazienti post-acuti per recupero funzionale di menomazioni e disabilità il cui trattamento è indifferibile e/o ad alto rischio di potenziale instabilità clinica (fase di riabilitazione intensiva), che richiedono tutela medica specialistica riabilitativa e interventi di nursing ad alta specificità.

R.S.A.

Nei soggetti per i quali

- non è necessaria una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità, pur permanendo un basso rischio di potenziale instabilità clinica (fase di riabilitazione intensiva),
 - la fase post-acuta è stabilizzata (fase di riabilitazione intensiva o estensiva),
 - si rilevano patologie ad equilibrio instabile o a lento recupero e/o disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, comunque in presenza di una condizione di non autosufficienza (riabilitazione estensiva e/o di prevenzione della progressione della disabilità),
- ⇒ si ritiene più appropriato ed efficace il ricovero in R.S.A. in quanto la struttura, per suo mandato, consente la contestualizzazione della riabilitazione funzionale alle attività di base della vita quotidiana, nonché una maggior tutela socio-relazionale.

Strutture residenziali di natura socio-assistenziale (Case di riposo)

In tali strutture deve essere garantita la fase riabilitativa di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità mediante l'erogazione di attività riabilitative sanitarie e/o sociali (comprensive di riattivazione e stimolazione) perseguendo il mantenimento delle capacità funzionali residue e l'integrazione degli utenti con il contesto socio-ambientale.

Peraltro, previo specifico programma concordato con le Aziende sanitarie di riferimento, in tali strutture è possibile offrire attività di riabilitazione estensiva o intermedia - caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale - per disabilità transitorie e per disabilità importanti che richiedano progetti riabilitativi a lungo termine.

L'offerta assistenziale e riabilitativa deve prioritariamente riguardare le funzioni generali delle R.S.A. previste dal comma 1, art. 17, L.R. 13/1995 e dai commi 1 e 4, art. 29, L.R. 10/1998, nonché individuate in base alla verifica delle necessità assistenziali emerse dall'esperienza finora realizzata.

Le funzioni generali riguardano:

⇒ riabilitazione fisica o psicofisica:

- per completamento di un programma terapeutico intensivo già sviluppato in altra sede (continuità riabilitativa in regime di dimissione protetta dall'Ospedale);
- come complementarità organizzativo-gestionale del progetto riabilitativo già sviluppato in altra sede (Ospedale o altra R.S.A.) ed in attesa di tornare a domicilio;
- in alternativa ai servizi ambulatoriali o al ricovero in Ospedale per pazienti che a causa di un episodio patologico acuto, gestito a domicilio o in struttura protetta, necessitano di riabilitazione residenziale per riacquisire l'autosufficienza;

⇒ continuità di cure in pazienti non stabilizzati:

- comprensiva dell'attesa di altro servizio per problemi sanitari o sociosanitari (per esempio in attesa di attivazione di un programma di Assistenza Domiciliare Integrata-A.D.I.);

⇒ assistenza ai soggetti affetti da polipatologia con definitiva compromissione dell'autosufficienza:

- in attesa di altro servizio per problemi sanitari o sociosanitari (per esempio in attesa di ammissione in struttura protetta);

⇒ sostegno socio-ambientale temporaneo ("funzione respiro" = "respite care"):

- per ricoveri programmati, di breve durata, destinati a soggetti inseriti od inseribili in programmi di assistenza domiciliare a forte presenza e coinvolgimento della famiglia, finalizzati a consentire un temporaneo sgravio di quest'ultima dall'impegno assistenziale e/o la riorganizzazione delle sue risorse interne per il prosieguo nel predetto impegno.

Inoltre l'offerta delle R.S.A. può contemplare alcune funzioni specialistiche:

⇒ per cure palliative¹:

- per pazienti oncologici, come già previsto dal Piano Regionale per le malattie oncologiche;
- per l'assistenza ad altri malati terminali e/o a pazienti con necessità di assistenza sanitaria ad alta intensività non ospedaliera (es. stati vegetativi persistenti) anche al fine di evitare l'eventuale ricorso a pratiche diagnostico-terapeutiche eccessive sottese al circuito ospedaliero;

⇒ per demenze:

- per dementi con disturbi comportamentali transitori o ricorrenti;
- quale "funzione respiro" dedicata;

⇒ per problemi alcool-correlati:

- per il recupero degli alcoolisti in stretta collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze / Ser.T. (sostituendo la funzione prevalentemente alberghiera e di custodia svolta in passato dalle Divisioni di Medicina degli Ospedali in integrazione con il D.H. Alcoologico, giornalmente frequentato dagli assistiti).

In ogni ambito distrettuale devono essere garantite almeno le funzioni generali.

Peraltro le funzioni specialistiche possono avere valenza sovradistrettuale. In particolare la funzione per cure palliative trova un'ottimale collocazione in R.S.A. dotate anche di funzioni generali e contigue al contesto ospedaliero, per favorire le attività assistenziali specialistiche senza pregiudicare la flessibilità nell'utilizzo della struttura stessa.

¹ I soggetti necessitanti di cure palliative richiedono tipologie di servizi e livelli assistenziali correlati al bisogno di intensività sanitaria di monitoraggio, procedure diagnostiche e trattamenti: pertanto le R.S.A. potranno accogliere temporaneamente i soggetti in fase di recupero o, previa attenta valutazione dei rischi di saturazione della struttura, un numero limitato di soggetti stabilizzati e non richiedenti procedure assistenziali diagnostiche o terapeutiche di tipo ospedaliero.

Cap. 4 - TIPOLOGIA DELL'UTENZA

L'offerta assistenziale può rivolgersi ad un target di utenti riconducibile ad alcuni raggruppamenti omogenei con prevalenti problemi fisici, psichici, sociali o globali, i raggruppamenti elencati di seguito ripropongono l'articolazione prevista dalla procedura informatizzata per la gestione delle R.S.A. nel Registro Regionale della Disabilità, individuata anche in base alla verifica della tipologia dell'utenza finora accolta nelle R.S.A. regionali.

Utenti con prevalenti problemi fisici:

- ⇒ ortopedici in fase post-acuta:
 - dopo fratture, interventi di protesizzazione, ecc.;
- ⇒ neurologici in fase post-acuta:
 - in seguito a ictus cerebrale, lesioni neurologiche traumatiche o neurochirurgiche, ecc.;
- ⇒ broncopneuropatici in fase post-acuta o riacutizzati:
 - dopo broncopneumoniti, interventi di lobectomia, interventi di pneumonectomia, ecc.;
 - per B.P.C.O. riacutizzata;
- ⇒ cardiologici in fase post-acuta:
 - dopo infarto del miocardio, angina pectoris, scompenso cardiaco, ecc.;
- ⇒ polipatologici in fase post-acuta:
 - con un alto grado di non autosufficienza e con un forte livello di fragilità, provenienti dall'Ospedale dopo evento acuto o seguiti dall'A.D.I. con precipitazione del quadro clinico;
- ⇒ affetti da sindrome ipocinetica;
- ⇒ altri pazienti post-acuti;
- ⇒ altri pazienti cronico-degenerativi.

Utenti con prevalenti problemi psichici:

- ⇒ dementi con disturbi comportamentali:
 - transitori o riacutizzati per patologie e/o problemi intercorrenti;
- ⇒ altri dementi.

Utenti con prevalenti problemi sociali:

- ⇒ necessitanti di "funzione respiro" per i familiari:
 - con particolare attenzione a periodi di malattia delle persone che si prendono cura dell'assistito ("caregivers") ed ai nuclei comprendenti minori e/o altre persone con necessità assistenziali;
- ⇒ inseriti in un contesto socio-ambientale temporaneamente compromesso e/o in attesa di altro servizio per problemi sociali²

Utenti con prevalenti problemi globali:

- ⇒ necessitanti di cure palliative:
 - malati oncologici, soprattutto in fase terminale;
 - altri malati terminali;
 - pazienti con necessità di assistenza sanitaria ad alta intensività non ospedaliera (es. stati vegetativi persistenti);
- ⇒ etilisti:
 - inseriti in un programma riabilitativo concordato con il Dipartimento delle Dipendenze / Ser.T.;
- ⇒ in attesa di altro servizio per problemi socio-sanitari³.

² Esempi: a) necessitanti di abbattimento delle barriere architettoniche domiciliari; b) per definitiva o prolungata compromissione delle condizioni di salute del caregiver; c) in attesa di posto in Casa albergo o Casa di riposo solo per problemi sociali.

³ Esempio: in attesa di posto in Casa di Riposo per problemi di carattere sanitario-assistenziale, oltreché sociali.

Cap. 5 DURATA DELLA DEGENZA

La R.S.A. è una struttura prevalentemente dedicata alla degenza temporanea di soggetti che necessitano di riabilitazione residenziale: pertanto la durata della degenza deve essere contenuta in relazione al livello di recupero funzionale conseguibile in regime residenziale.

Inoltre pur considerando che l'effettiva durata della degenza è influenzata dalle necessità sanitarie dell'utente e dalla disponibilità dei posti letto, si ribadisce la necessità di mantenere una degenza massima tendenziale di 90 giorni; infatti in assenza di una rotazione significativa dell'utenza correlata all'utilizzo appropriato della struttura, si verterebbe a una progressiva saturazione della stessa.

Per i ricoveri con prevalente funzione di sostegno socio-ambientale ("funzione respiro") è necessario far riferimento al D.P.R. 14 gennaio 1997 che fissa la degenza massima in 30 giorni.

Cap. 6 PROCEDURE DI SEGNALAZIONE, VALUTAZIONE E AMMISSIONE

La segnalazione⁴ deve essere diretta al Distretto di domicilio sanitario dell'assistibile. La raccolta dei dati necessari alla valutazione del caso viene effettuata dal personale sanitario del Distretto di domicilio sanitario dell'assistibile e del personale sociale del Comune di residenza dello stesso.

La valutazione dei casi deve essere eseguita routinariamente dall'U.V.D. del Distretto di domicilio sanitario dell'assistibile, costituita dalle figure professionali necessarie per l'individuazione del servizio di rete maggiormente appropriato per soddisfare i bisogni e/o risolvere i problemi del soggetto.⁵ In particolare la valutazione delle proposte di dimissioni protette in R.S.A. da struttura ospedaliera dotata di Unità Valutativa od Operativa Ospedaliera (U.V.O. o U.O.O.) può essere effettuata da queste équipe. La valutazione della proposta di ammissione deve essere effettuata entro una settimana dal ricevimento della segnalazione⁶.

Peraltro, in relazione a qualsiasi proposta di ammissione, il giudizio espresso dall'U.V.D. del Distretto nel quale insiste la R.S.A. è vincolante; tale giudizio deve essere espresso in tempi brevi e comunicato all'unità territorialmente e funzionalmente competente (U.V.D. di domicilio sanitario o U.V.O.).

L'espletamento formale del processo di segnalazione, valutazione ed ammissione comprensivo del necessario coinvolgimento delle U.V.D. o U.V.O. competenti deve avvenire evitando lentezze e appesantimenti procedurali.

Cap. 7 PROCEDURE PARTICOLARI INERENTI L'AMMISSIONE DEI PAZIENTI PROVENIENTI DA ALTRI SERVIZI

- In caso di dimissione protetta dagli Ospedali:
si ritiene necessario consegnare all'ingresso in struttura copia conforme della cartella clinica (a cura dell'Ospedale committente) ed inoltre materiale iconografico (in visione od in copia) riguardante esami strumentali significativi per l'assistenza e/o la riabilitazione del paziente.
- In caso di ammissione da altri Servizi:
si ritiene necessario consegnare all'ingresso in struttura copia della documentazione clinico-assistenziale correlata al motivo del ricovero in R.S.A. (a cura del servizio committente) ed inoltre materiale iconografico (in visione od in copia) riguardante esami strumentali significativi per l'assistenza e/o la riabilitazione del paziente.
- Qualora il passaggio dall'Ospedale o da altra situazione alla R.S.A. non possa essere considerato dimissione ospedaliera protetta in senso stretto (come nel caso di "funzione respiro" per i familiari di un ricoverato non segnalato, direttamente o indirettamente, da una figura professionale ospedaliera) né ammissione protetta da altro servizio, la richiesta della documentazione è a carico dell'assistito.

Cap. 8 PRIORITÀ DI AMMISSIONE E COMPILAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Il bacino di riferimento dell'utenza, in genere, è quello di competenza dell'Azienda per i Servizi Sanitari (A.S.S.):

⁴ La segnalazione dei bisogni/problemi dell'assistibile può essere effettuata da qualunque figura professionale socio-sanitaria. Nel caso in cui i problemi dell'assistibile siano rilevati da un familiare, da una figura istituzionale o da chiunque venga a conoscenza del bisogno, la segnalazione deve essere filtrata da un operatore socio-sanitario.

⁵ La composizione dell'U.V.D. deve prevedere le figure professionali indicate dal comma 2, art. 25, L.R. 10/1998. Per la competenza sociale si deve far riferimento alle modifiche del comma 3, art. 7, L.R. 33/1988 così come esplicitato al Cap. 1 del presente documento.

⁶ La R.S.A. non è un servizio di urgenza; è pertanto compito del committente prevedere con anticipo i bisogni del soggetto, soprattutto qualora si tratti di dimissioni ospedaliere protette.

Le proposte di ammissione sono individuate dall'unità valutativa territorialmente o funzionalmente competente, mentre le priorità di ammissione vengono individuate dall'U.V.D. del Distretto nel quale insiste l'R.S.A., come già sottolineato al Cap. 6.

L'ordine di ammissione dovrebbe ottemperare:

- al criterio di vicinanza al contesto di provenienza (domicilio abituale) del paziente, laddove possibile;
- alle priorità clinico-assistenziali-riabilitative definite in base alle informazioni fornite dall'unità valutativa territorialmente o funzionalmente competente;
- al tempo di attesa.

Nei regolamenti emanati dalle Aziende sanitarie devono essere previsti criteri espliciti per la compilazione delle liste di attesa.

In particolare può essere prevista una 'corsia preferenziale' per il rientro in R.S.A. di soggetti temporaneamente ricoverati in Ospedale dalla R.S.A..

La procedura informatizzata per la gestione delle R.S.A., all'interno del Registro Regionale della Disabilità, può assumere il carattere di procedura per la prenotazione unica intraziendale, con possibilità di verifica dei posti letto disponibili per la tipologia di utenza definita.

Cap. 9 PROCEDURE DI DIMISSIONE

La dimissione viene effettuata dal responsabile clinico della R.S.A. nell'ambito del coordinamento con i servizi di rete coinvolti nella continuità di cura.

Per i casi complessi è necessario attivare l'U.V.D. del Distretto di domicilio sanitario dell'utente⁴ al fine di favorire l'individuazione del servizio di rete più appropriato per i problemi del soggetto dimissibile.

La data della dimissione deve essere concordata con il servizio destinatario eventualmente coinvolto almeno con alcuni giorni di anticipo.

Con l'avvio della procedura informatizzata, ogni dimissione dalla R.S.A. si connota come interruzione di ricovero e non come sospensione.

Cap. 10 TRASPORTO DEGLI UTENTI

- Preso atto che l'indirizzo riabilitativo delle R.S.A. istituite nella nostra Regione comporta ricoveri caratterizzati da un contenuto assistenziale a forte valenza sanitario-riabilitativa (D.G.R. 871/1997), sostitutivi di un periodo di degenza ospedaliera precedentemente garantito all'utenza,
 - considerata la continuità di cure correlata all'elevata intensità del contenuto sanitario degli interventi assistenziali-riabilitativi erogati in R.S.A.,
 - tenuto conto dello spirito della disciplina legislativa del settore dei trasporti, volta a perseguire la compatibilità tra tutela della salute pubblica e gratuità secondo modalità prestabilite dall'assistenza ospedaliera,
 - al fine di garantire livelli uniformi di assistenza (D.P.R. 24 Dicembre 1992) su tutto il territorio regionale,
- ⇒ si ritiene opportuno ribadire che, per i pazienti deospedalizzati con progetto di continuità di cura e riabilitazione e/o per i quali il responsabile clinico della dimissione ravveda la necessità di trasporto protetto, tale trasferimento avvenga a carico della struttura che effettua tale dimissione.

Cap. 11 PROCEDURE ORGANIZZATIVE

Ogni struttura deve attivare le procedure sotto elencate supportandole con opportuna documentazione:

- a) la tipologia delle funzioni attivate;
- b) il target di utenti assistibili;
- c) la composizione, la dotazione organica e le principali funzioni dell'équipe assistenziale transdisciplinare;
- d) le modalità locali di prenotazione, accesso e accoglimento;
- e) la descrizione delle prestazioni sanitarie e sociali erogate dal servizio;
- f) le procedure (adottate al momento dell'ammissione e nelle verifiche periodiche) di valutazione multidimensionale dei problemi, dei bisogni e delle preferenze dell'utente ed in particolare delle sue capacità funzionali residue;
- g) il modello di piano personalizzato di intervento routinariamente applicato che contenga almeno la definizione dei problemi prevalenti, gli obiettivi generali e specifici, il programma degli interventi (con tipologia e tempistica), modalità e tempi di valutazione dei risultati;
- h) il modello di cartella dell'ospite adottato che contenga il piano personalizzato di intervento e consenta le annotazioni utili da parte di tutti gli operatori che assistono l'utente;

- i) le procedure attivate per garantire la presenza medica di routine ed in urgenza e l'accesso gratuito alle metodiche diagnostiche e alle prestazioni specialistiche;
- jj) la procedure per il coinvolgimento della famiglia dell'ospite nell'assistenza e nella riabilitazione psicofisica;
- k) le procedure per il coinvolgimento del volontariato organizzato;
- l) le modalità di trasmissione delle informazioni necessarie a familiari e medico curante;
- m) le procedure locali di ospedalizzazione e dimissione dell'ospite;
- n) il modello di lettera di dimissione - modulare o transdisciplinare - in uso che deve contenere resoconti, valutazioni ed indicazioni delle figure professionali coinvolte e favorire la continuità assistenziale con gli altri servizi di rete;
- o) le modalità di trasporto dell'utente;
- p) le modalità di richiesta e le procedure di rilascio della copia conforme della cartella clinica e del materiale iconografico (in visione od in copia);
- q) le procedure per la gestione del materiale pulito e del materiale sporco;
- r) le procedure di sanificazione di ambienti, arredi, attrezzature e materiali;
- s) le procedure per la gestione dei rifiuti.

Cap. 12 PARTECIPAZIONE DELL'UTENZA ALLE SPESE NON SANITARIE

Premesso che:

- il complesso delle indicazioni ministeriali contempla l'ipotesi della degenza gratuita presso queste strutture e correla il concetto di gratuità all'elevata intensità del contenuto sanitario degli interventi e ne postula, conseguentemente, la cessazione con l'affievolirsi o il venir meno dell'intensività predetta;
- l'indirizzo riabilitativo delle R.S.A. istituite nella Regione comporta per la maggior parte dei ricoveri l'approntamento di uno specifico progetto riabilitativo graduato sul livello di disabilità dell'utente e di conseguenza l'applicazione di criteri di ammissione correlati alle potenzialità di recupero fisico o psicofisico;
- la quota di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza è fissata dalla D.G.R. 871/1997 in lire 50.000 giornaliere a partire dal trentunesimo giorno;

in attuazione della normativa vigente, si ritiene necessario precisare che:

- ⇒ il calcolo dei 30 gg. di gratuità 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 a ogni singolo ricovero;
- ⇒ il ricovero in Ospedale dalla R.S.A., essendo conseguente all'aggravamento del paziente e/o postulando l'incremento dell'attività assistenziale, interrompe la degenza in R.S.A. e quindi la contribuzione dell'utente alle spese non sanitarie;
- ⇒ un'eventuale successiva dimissione protetta dall'Ospedale alla R.S.A., comporta un nuovo progetto riabilitativo sanitario o sociosanitario e di conseguenza si configura come un nuovo ricovero con correlata franchigia di 30 gg. dal giorno di rientro in R.S.A., collegata al ripresentarsi delle predette condizioni di intensità sanitaria.

Cap. 13 MOBILITÀ INTERAZIENDALE E SUA COMPENSAZIONE

Le procedure di seguito elencate dovranno essere chiaramente definite e articolate nei regolamenti aziendali.

- L'A.S.S. in cui insiste l'R.S.A. ospitante addebiterà all'Azienda sanitaria di residenza dell'utente una tariffa, per giornata di degenza in R.S.A., stabilita dalla stessa Azienda ospitante in relazione alla valutazione dei costi del servizio (stimati tra L. 150.000-180.000)⁷;
- a tal fine, prima del ricovero nella struttura, l'Azienda ospitante dovrà essere in possesso della formalizzazione dell'impegno di spesa da parte dell'Azienda di residenza dell'utente;
- spetta all'Azienda di residenza riscuotere dall'utente la quota di partecipazione alle spese non sanitarie, quale parziale riduzione dell'onere economico pubblico.

⁷ La stima indicata è comprensiva anche dei costi per farmaci, presidi, ausili e parte dell'attività dirigenziale correlata alla tipologia assistenziale: non costituisce pertanto un'indicazione per stipulare rapporti economici tra A.S.S. e strutture convenzionate in quanto il materiale e l'attività succeduti ricadono direttamente sull'Azienda sanitaria di competenza.

Tutte le procedure per la mobilità e la sua compensazione si ritengono valide:

- sia tra le Aziende della Regione in attesa della definizione di procedure omogenee di compensazione intraregionale della mobilità sanitaria per le R.S.A;
- sia con Aziende di altre Regioni nelle more dell'attivazione di procedure uniformi per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, come previsto dalla circolare n. 100/SCPS/4.344 dd. 28 gennaio 1997, del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità.

Cap. 14 UTILIZZO DELLA PROCEDURA INFORMATIZZATA PER IL MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Dal II° semestre del 1998 è attiva la procedura informatizzata per le R.S.A. nell'ambito del Registro Regionale della Disabilità. La registrazione dei dati deve essere alimentata routinariamente al fine di rilevare la tipologia dell'utenza, delle attività e delle caratteristiche strutturali e funzionali delle R.S.A. rispettando le seguenti scadenze:

- per il primo semestre di ogni anno entro il 31 luglio;
- per il secondo semestre di ogni anno entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Alle due scadenze indicate dovrà essere completato l'inserimento di tutti i dati relativi ad ammissioni, dimissioni e degenze in corso, nonché al tempo di lavoro delle diverse figure professionali ivi operanti.

La procedura informatizzata per la R.S.A. è parte di un sistema integrato di informazioni sull'attività dei servizi per gli anziani che, per un corretto funzionamento, richiede modalità di alimentazione tempestive rispetto al flusso degli utenti. Pertanto si sconsiglia un inserimento dei dati disomogeneo o concentrato in prossimità delle scadenze semestrali.

IL SEGRETARIO
F.to Bellarosa

IL VICEPRESIDENTE
F.to Giani

PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE
SEGRETARIA GENERALE - Servizio affari della Giunta

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE CHE SI RILASCI A

TRIESTE ADD.

30 MAG. 2000

OCCUPA N. NOVE PAGINE



IL CONSIGLIERE

(dot.ssa Silvia Zassi)

Silvia Zassi