

pubblicato in, www.grusol.it
Evidenziazioni redazionali



REGIONE TOSCANA UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 28/07/2025 (punto N 92)

Delibera N 1108 del 28/07/2025

Proponente

SERENA SPINELLI
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione Atto pubblicato su BURT e Banca Dati (PBURT/PBD)

Dirigente Responsabile Barbara TRAMBUSTI

Direttore Federico GELLI

Oggetto:

DGR n. 843/2021. Approvazione documento "Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA. Prima attuazione".

Presenti

Eugenio GIANI	Stefania SACCARDI	Stefano BACCELLI
Simone BEZZINI	Stefano CIUOFFO	Leonardo MARRAS
Monia MONNI	Alessandra NARDINI	Serena SPINELLI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Riferimento
A	Si	Documento. Prima attuazione

STRUTTURE INTERESSATE

Denominazione
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Allegati n. 1

A Documento. Prima attuazione
97f9da9e07383bc172646f166a98c6e9a0b8bf98b9d43dc866d27bbc3254fd1d

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30dicembre 1992, n. 502”;

Richiamato il Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo settore, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”;

Richiamato il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche, che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” e successive modifiche, che detta i principi del sistema sociale integrato e le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale;

Vista la legge regionale 18 Dicembre 2008, n. 66 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la legge regionale 28 Dicembre 2009, n. 82 “Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato”;

Vista la legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 “Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano”;

Vista la legge regionale 6 febbraio 2024, n. 2 “Disposizioni in materia di verifica di compatibilità per le strutture residenziali e semiresidenziali ai sensi dell’articolo 8 ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992”;

Considerato il Regolamento approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R “Regolamento di attuazione dell’articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41”;

Vista la Delibera della Giunta regionale n. 402 del 26 aprile 2004 “Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.” e in particolare l’Allegato 1.B) Strutture residenziali – Indicazioni e parametri per l’articolazione “modulare” dei servizi;

Vista la Delibera della Giunta regionale n. 679 del 12 luglio 2016 “Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di *handover* dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio”;

Vista la Delibera della Giunta regionale n. 995 dell’11 ottobre 2016 “Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti

pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015”;

Considerata la Delibera della Giunta regionale n. 909 del 7 agosto 2017 “Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera”;

Considerata la Delibera della Giunta regionale n. 1402 dell'11 dicembre 2017 “Piano Regionale Demenze e Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari in attuazione del Piano Nazionale Demenze. Recepimento del PDTA nazionale e delle Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per le demenze”;

Considerata la Delibera della Giunta Regionale n. 1119 del 28 ottobre 2021 “Approvazione documento Indicazioni per la predisposizione dei regolamenti di accesso ai servizi socio-sanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità”;

Tenuto conto della Delibera della Giunta regionale n. 1508 del 19 dicembre 2022 “La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77”;

Visto il PSSIR 2018-2020, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 73 del 9 ottobre 2019 e ancora in vigore ai sensi dell'articolo 29, della Legge Regionale 1/2015 “Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla L.R. 20/2008”;

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 273 del 2 marzo 2020 “Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020”, ed in particolare le schede:

- n. 29 “La persona con demenza: implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure”
- n. 30 “Il consolidamento della rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone anziane non autosufficienti”;

Dato atto che, in seguito all'emergenza epidemiologica Covid-19, con comunicazione del Direttore della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale del 18 maggio 2020, Prot. n. 175022, è stato costituito il Gruppo di lavoro “Nuovo modello di Residenze sanitarie assistenziali (RSA)” al fine di elaborare una proposta di nuovo assetto delle RSA, con particolare riferimento al potenziamento degli aspetti sanitari, nonché all'attuazione di nuovi e più evoluti metodi di cura di anziani fragili e polipatologici anche attraverso il miglioramento del sistema di accreditamento e di vigilanza;

Considerato che l'emergenza da Covid-19 ha evidenziato criticità nel sistema sanitario e sociosanitario, che hanno determinato dubbi rispetto all'attuale modello di erogazione delle prestazioni e contestualmente, preoccupazione nella protezione degli stessi operatori e ha richiesto una rimodulazione e/o sospensione di alcuni servizi sociosanitari;

Preso atto del lavoro svolto dal Gruppo di lavoro suddetto che, nell'analizzare le fragilità evidenziate dall'emergenza epidemiologica nel sistema delle RSA, ha individuato le principali cause nelle seguenti motivazioni:

- 1) la prevalente **condizione dei residenti**, non autosufficienti gravi, di età avanzata e con patologie croniche importanti, facili alle riacutizzazioni ed a svariate complicanze e dunque

facilmente aggredibili, ma che ha evidenziato anche la fragilità del sistema di gestione delle infezioni più diffuse nelle comunità residenziali, oltre alla patologia Covid-19;

- 2) la **condizione logistico - strutturale** del “sistema RSA”, che rende difficile contenere il rischio di contagio all’interno delle strutture: edifici e servizi progettati per l’assistenza, la cura e la vita delle persone non autosufficienti e non luoghi di cura destinati ad accogliere le persone per un momentaneo periodo di degenza per una patologia transitoria;
- 3) la natura stessa delle RSA, da sempre luogo di **integrazione socio sanitaria**, di confine tra le competenze dei Comuni, a carico dei quali è la retta di parte sociale e delle Aziende sanitarie che invece provvedono alla quota sanitaria. Una situazione che spesso e, soprattutto nei momenti di crisi, trasforma le RSA in una “terra di mezzo” sulla quale è complicato mappare le responsabilità;
- 4) la fragilità delle competenze in termini di sicurezza delle cure nel sistema delle strutture sociosanitarie;

Considerato che il Gruppo di lavoro ha elaborato un primo documento di ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell’offerta delle RSA in cui, oltre a delineare un quadro di contesto sulle strutture residenziali sociosanitarie, è stata effettuata un’analisi della gestione dell’emergenza Covid-19 da parte delle aziende UU.SS.LL. e individuata una proposta di revisione del modello indicando le azioni da mettere in atto, gli strumenti operativi, e i tempi previsti;

Considerata quindi la Deliberazione di Giunta regionale n. 843 del 02/08/2021 che approva il documento “Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell’offerta delle RSA”, Allegato 1 alla stessa;

Dato atto che la revisione del modello, nel documento sopra richiamato, è stata declinata in 12 tematiche da affrontare singolarmente con il supporto di altrettanti Tavoli di lavoro nel corso del biennio 2022-2023;

Considerato che gli argomenti da trattare prioritariamente sono stati individuati sulla base della *Road Map* di cui all’Appendice 2 dell’Allegato B alla suddetta Delibera e sulle esigenze contingenti dettate dalle criticità del sistema residenziale toscano che si è trovato a fronteggiare gli enormi costi generati dalla pandemia, nonché l’incremento dei costi di gestione legato alla crisi energetica e la carenza di personale;

Dato atto dunque che è stato ritenuto necessario affrontare prioritariamente le tematiche:

- La programmazione e la governance del sistema
- Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA
- Organizzazione dei moduli specialistici

e dunque costituire i relativi Tavoli di lavoro;

Visto il Decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale n. 22908 del 16/11/2022 che costituisce i suddetti tavoli, i quali, con il coordinamento regionale, hanno previsto la partecipazione di rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale), dei gestori delle strutture e delle Organizzazioni Sindacali (loro rappresentanza), nonché il coinvolgimento del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, di ANCI e di AIMA per gli aspetti di competenza;

Specificato che i nominativi dei Rappresentanti delle Associazioni imprenditoriali delle RSA toscane, delle Centrali Cooperative-Settore Sociale e delle Organizzazioni Sindacali sono stati individuati dalle stesse e i rappresentanti del territorio sono stati individuati nel rispetto della rappresentanza territoriale e professionale;

Dato atto altresì che è stato ritenuto necessario affrontare anche le seguenti tematiche:

- RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità
- RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e sociosanitaria;

Precisato che i Gruppi di lavoro che hanno affrontato le suddette tematiche, sono stati costituiti secondo quanto previsto dai rispettivi paragrafi dell'Allegato B della DGR n. 843/2021 e hanno visto la partecipazione di personale interno agli Uffici regionali nonché referenti dei servizi territoriali competenti per materia;

Considerato che i lavori dei Tavoli/Gruppi di lavoro hanno esitato in un documento congiunto "Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA. Prima attuazione" con l'obiettivo di avviare una profonda riforma dell'attuale modello di assistenza residenziale partendo da un confronto costruttivo che ha coinvolto tutti gli *stakeholder* del settore per programmare il futuro delle RSA e degli annessi servizi complementari, con un respiro di medio-lungo termine;

Precisato che gli esiti del lavoro del Tavolo 2: Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA, di cui al Decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale n. 22908 del 16/11/2022 sopra richiamato saranno oggetto di un successivo atto in quanto si rende necessario un ulteriore approfondimento circa l'effettiva sostenibilità finanziaria;

Ritenuto pertanto necessario approvare il documento "Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA. Prima attuazione", Allegato A) al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Ribadito che, ai sensi della L.R. n. 40/2005 e ss.mm.ii. e della DGR n. 995/2016, le Aziende USL, le Società della Salute e i soggetti comunque individuati dalla vigente normativa quali enti deputati alla programmazione degli interventi socio-sanitari e socio assistenziali, attraverso gli strumenti di loro competenza, così come previsto dalla normativa sopra richiamata, hanno la funzione di indirizzo e di governo finalizzata alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa del territorio, ivi compresa la programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale e la distribuzione dei posti letto di assistenza specialistica;

Ritenuto opportuno precisare che tale programmazione, nel definire gli obiettivi di salute a livello aziendale e zonale, debba basarsi sulla capacità di realizzare una rete di servizi ed interventi in grado di rispondere ai bisogni accertati e migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti definendo le risorse allocate, pianificando il fabbisogno relativo all'offerta assistenziale e la definizione degli strumenti di monitoraggio e valutazione, in coerenza con le disposizioni vigenti e in un'ottica di omogeneizzazione dei servizi a livello regionale;

Ritenuto altresì di demandare al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa la predisposizione di uno strumento che possa supportare la programmazione dei servizi socio-sanitari nelle zone distretto della Toscana, basato sulla stima del bisogno (e quindi la domanda di salute) della popolazione anziana, con particolare riferimento alla non autosufficienza, il cui modello di analisi sia fondato sull'approfondimento degli scenari attuali e futuri della stima del bisogno e della potenziale rimodulazione dell'offerta dei servizi sul territorio;

Precisato che la Regione Toscana provvederà ad elaborare un documento di indirizzo alle Zone distretto/Società della Salute contenente le indicazioni per la programmazione locale, per la definizione del fabbisogno di posti letto in RSA, da inserire nell'Atlante degli Ambiti Territoriali di cui alla DGR n. 1508/2022, formulato sulla base degli Indicatori zonali per la programmazione

riportati nel documento Allegato A) alla presente deliberazione, contenente lo strumento predisposto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa sopra richiamato e che sarà oggetto di approvazione con successivo atto della Giunta regionale;

Ritenuta necessaria, relativamente alla tematica dell'offerta residenziale specialistica, la successiva definizione dei requisiti organizzativi e strutturali e la revisione dei requisiti professionali, che esiterà nella modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R;

Precisato che, al fine di garantire omogeneità sul territorio regionale, sarà onere delle Aziende USL elaborare uno Schema di convenzione comune, specifica per ogni tipologia di modulo specialistico, sulla base degli elementi chiave riportati nel documento Allegato A) alla presente deliberazione;

Stabilito inoltre che ciascuna Azienda USL debba approvare un Protocollo per disciplinare modalità di accesso, monitoraggio, transizione e dimissione dai posti letto di modulo specialistico, nonché, rispetto al modulo per disabilità di natura cognitivo-comportamentale, una specifica procedura relativa alle modalità di collaborazione e all'integrazione funzionale tra UVM e CDCD con particolare riferimento agli inserimenti in urgenza;

Precisato che è demandata alle Aziende USL la possibilità, attraverso l'attivazione di specifici progetti sperimentali, di introdurre nel sistema ulteriori livelli di assistenza rispetto all'offerta specialistica attualmente prevista dalla normativa regionale;

Stabilito altresì che le Zone distretto/SdS possono attivare sul territorio di competenza, sperimentazioni di esperienze di co-progettazione volte alla promozione della salute dell'anziano fragile, che veda la RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità, secondo quanto disposto nel documento Allegato A) alla presente deliberazione;

Stabilito inoltre che le Zone distretto/SdS possono, attraverso specifiche sperimentazioni, attivare, sul territorio di competenza, l'offerta per accoglienza in emergenza in RSA, in coerenza con quanto previsto dal sistema regionale che prevede la diffusione del Servizio di pronto Intervento Sociale (SEUS) e secondo quanto disposto nel documento Allegato A) alla presente deliberazione;

Precisato che la Regione Toscana si impegna a verificare costantemente le condizioni di sostenibilità finanziaria del sistema dei servizi alla luce delle dinamiche demografiche e della ricognizione della domanda e che in particolare procederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività di competenza delle Aziende sanitarie, propedeutiche alla messa a regime delle azioni previste dal documento Allegato A) al presente atto, in materia di programmazione e governance del sistema;

Specificato inoltre che, al fine di garantire appropriatezza ed equità di accesso nonché omogeneità di offerta dei servizi, proseguiranno il monitoraggio dell'aggiornamento dei Regolamenti zonali di accesso ai servizi sociosanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità e la mappatura della richiesta di realizzazione di nuove strutture residenziali sul territorio regionale;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, il documento “Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell’offerta delle RSA. Prima attuazione”, Allegato A) al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di precisare che gli esiti del lavoro del Tavolo 2: Livelli di assistenza e governo dell’accesso in coerenza con i LEA, di cui al Decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale n. 22908 del 16/11/2022 sopra richiamato saranno oggetto di un successivo atto in quanto si rende necessario un ulteriore approfondimento circa l’effettiva sostenibilità finanziaria;
3. di ribadire che, ai sensi della L.R. n. 40/2005 e ss.mm.ii. e della DGR n. 995/2016, le Aziende USL, le Società della Salute e i soggetti comunque individuati dalla vigente normativa quali enti deputati alla programmazione degli interventi socio-sanitari e socio assistenziali, attraverso gli strumenti di loro competenza, così come previsto dalla normativa sopra richiamata, hanno la funzione di indirizzo e di governo finalizzata alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa del territorio, ivi compresa la programmazione dell’offerta residenziale e semiresidenziale e la distribuzione dei livelli di assistenza specialistica;
4. di precisare che tale programmazione, nel definire gli obiettivi di salute a livello aziendale e zonale, debba basarsi sulla capacità di realizzare una rete di servizi ed interventi in grado di rispondere ai bisogni accertati e migliorare le condizioni di vita e l’autonomia delle persone non autosufficienti definendo le risorse allocate, pianificando il fabbisogno relativo all’offerta assistenziale e la definizione degli strumenti di monitoraggio e valutazione, in coerenza con le disposizioni vigenti e in un’ottica di omogeneizzazione dei servizi a livello regionale;
5. di demandare al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa la predisposizione di uno strumento che possa supportare la programmazione dei servizi socio-sanitari nelle zone distretto della Toscana, basato sulla stima del bisogno (e quindi la domanda di salute) della popolazione anziana, con particolare riferimento alla non autosufficienza, il cui modello di analisi sia fondato sull’approfondimento degli scenari attuali e futuri della stima del bisogno e della potenziale rimodulazione dell’offerta dei servizi sul territorio;
6. di precisare che la Regione Toscana provvederà ad elaborare un documento di indirizzo alle Zone distretto/Società della Salute contenente le indicazioni per la programmazione locale, per la definizione del fabbisogno di posti letto in RSA, da inserire nell’Atlante degli Ambiti Territoriali di cui alla DGR n. 1508/2022 e formulato sulla base degli Indicatori zonali per la programmazione riportati nel documento Allegato A) alla presente deliberazione, contenente lo strumento predisposto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa sopra richiamato e che sarà oggetto di approvazione con successivo atto della Giunta regionale;
7. di ritenere necessaria, relativamente alla tematica dell’offerta residenziale specialistica, la successiva definizione dei requisiti organizzativi e strutturali e la revisione dei requisiti professionali, che esiterà nella modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell’articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R;

8. di precisare che, al fine di garantire omogeneità sul territorio regionale, sarà onere delle Aziende USL elaborare uno Schema di convenzione comune, specifica per ogni tipologia di modulo specialistico, sulla base degli elementi chiave riportati nel documento Allegato A) alla presente deliberazione;
9. di stabilire inoltre che ciascuna Azienda USL debba approvare un Protocollo per disciplinare modalità di accesso, monitoraggio, transizione e dimissione dai posti letto di modulo specialistico, nonché, rispetto al modulo per disabilità di natura cognitivo-comportamentale, una specifica procedura relativa alle modalità di collaborazione e all'integrazione funzionale tra UVM e CDCD con particolare riferimento agli inserimenti in urgenza;
10. di precisare che è demandata alle Aziende USL la possibilità, attraverso l'attivazione di specifici progetti sperimentali, di introdurre nel sistema ulteriori livelli di assistenza rispetto all'offerta specialistica attualmente prevista dalla normativa regionale;
11. di stabilire altresì che le Zone distretto/SdS possono attivare sul territorio di competenza, sperimentazioni di esperienze di co-progettazione volte alla promozione della salute dell'anziano fragile, che veda la RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità, secondo quanto disposto nel documento Allegato A) alla presente deliberazione;
12. di stabilire inoltre che le Zone distretto/SdS possono, attraverso specifiche sperimentazioni, attivare, sul territorio di competenza, l'offerta per accoglienza in emergenza in RSA, in coerenza con quanto previsto dal sistema regionale che prevede la diffusione del Servizio di pronto Intervento Sociale (SEUS) e secondo quanto disposto nel documento Allegato A) alla presente deliberazione;
13. di precisare che la Regione Toscana si impegna a verificare costantemente le condizioni di sostenibilità finanziaria del sistema dei servizi alla luce delle dinamiche demografiche e della ricognizione della domanda e che in particolare procederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività di competenza delle Aziende sanitarie, propedeutiche alla messa a regime delle azioni previste dal documento Allegato A) al presente atto, in materia di programmazione e governance del sistema;
14. di specificare inoltre che, al fine di garantire appropriatezza ed equità di accesso nonché omogeneità di offerta dei servizi, proseguiranno il monitoraggio dell'aggiornamento dei Regolamenti zonali di accesso ai servizi sociosanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità e la mappatura della richiesta di realizzazione di nuove strutture residenziali sul territorio regionale;
15. di dare mandato ai competenti Settori della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale per l'adozione dei successivi atti e delle iniziative necessarie alla attuazione di quanto disposto con la presente delibera;
16. di trasmettere il presente atto ai soggetti interessati.

Il presente atto è pubblicato sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5, 5 bis e 5 ter della l.r. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art.18 della l.r. 23/2007.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

La Dirigente Responsabile
BARBARA TRAMBUSTI

Il Direttore
FEDERICO GELLI

Allegato A**Indice**

Introduzione	2
Premessa	5
AZIONI STRUTTURALI	9
La Programmazione e la Governance del sistema	9
<i>Criteri per la definizione del fabbisogno di posti in RSA</i>	9
<i>Ipotesi di indicatori zonal per la programmazione</i>	10
Organizzazione dei moduli specialistici	12
<i>Autorizzazione all'esercizio delle RSA con moduli specialistici</i>	12
<i>Elementi chiave della convenzione per i moduli specialistici</i>	12
<i>Liste di priorità per l'ingresso nei moduli specialistici</i>	13
<i>Requisiti dei moduli specialistici</i>	13
<i>Modulo specialistico per disabilità cognitivo-comportamentale</i>	13
<i>Modulo per disabilità prevalentemente di natura motoria</i>	16
<i>Protocollo per accesso, monitoraggio e dimissione dai moduli specialistici</i>	17
<i>Bassa Intensità Assistenziale</i>	18
<i>Livelli di assistenza ulteriori</i>	19
AZIONI INNOVATIVE E SPERIMENTALI	20
RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità	20
<i>Indirizzi per la sperimentazione di esperienze di co-progettazione volte alla promozione della salute dell'anziano fragile nell'ottica della domiciliarità</i>	22
<i>Finalità e obiettivi di un progetto sperimentale che vede la RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità</i>	22
<i>Strumenti</i>	22
<i>Caratteristiche del progetto</i>	23
<i>Target</i>	23
<i>Prestazioni</i>	24
<i>Accesso alle prestazioni</i>	24
<i>Monitoraggio</i>	24
RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e sociosanitaria	25
<i>Intervento sociale in urgenza - SEUS</i>	25
<i>L'offerta residenziale in RSA in emergenza oggi</i>	27
<i>Processi organizzativi</i>	27
<i>Protocollo per garantire la continuità</i>	28
Monitoraggio finanziario e dell'evoluzione del sistema	29

Introduzione

La pandemia da Covid-19, oltre alle drammatiche conseguenze a tutti note, ha generato una crisi che ha messo in discussione, nel nostro paese, l'identità dei servizi e delle strutture per anziani non solo in relazione all'assistenza residenziale ma anche rispetto agli squilibri di un'offerta di cura centrata sul sistema ospedaliero, con un ruolo residuale della medicina del territorio e con un intervento inadeguato nell'assistenza al domicilio e nelle residenze.

Il Covid-19 ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la situazione delle strutture residenziali per non autosufficienti per la concentrazione di infezioni e decessi provocati dal virus, ma ha anche aperto un dibattito su come riorganizzare questi servizi e la debolezza dimostrata nel fronteggiare l'epidemia ha fatto crescere proposte per inserire in maniera più solida le RSA nel Sistema Sanitario Nazionale.

Gli anziani ospitati oggi nelle RSA sono estremamente fragili e, molti di essi, sono affetti da demenza: sono persone che hanno costante bisogno di assistenza e la presenza di disturbi comportamentali ha un ruolo sempre più determinante nella scelta di ricoverare un proprio familiare in RSA.

Oggi mediamente l'età dei residenti è attorno agli 87.5 anni, le funzioni cognitive sono compromesse nel 70%, oltre tre quarti soffre per una rilevante riduzione dell'autosufficienza. La condizione di salute è instabile a causa della presenza contemporanea di più malattie che determinano un quadro complesso e che può variare rapidamente nel giro di poco tempo. Inoltre, circa un terzo dei residenti proviene da un contesto di solitudine.

D'altro canto il PNRR stanZIA 4 miliardi per l'assistenza domiciliare (ADI) mentre 300 milioni sono previsti per Gruppi appartamento, soluzione che avvia un percorso di deistituzionalizzazione.

Nello specifico le Missioni 5 "Inclusione e coesione" e 6 "Salute" del PNRR prevedono cospicui investimenti, in materia sociale e sanitaria, definendo una serie di obiettivi da raggiungere entro il 2026. In materia di salute, è prevista una nuova strategia sanitaria volta al potenziamento dei servizi territoriali e di assistenza sanitaria domiciliare. La Missione 5, in particolare nel suo secondo asse di intervento (M5C2), prevede azioni atte a rafforzare le "infrastrutture sociali" come famiglie, comunità e terzo settore; con un investimento complessivo pari a 11,22 miliardi di euro, si basa – per quanto riguarda in particolare le politiche per la popolazione più vulnerabile, gli anziani e le persone con disabilità (a cui sono destinati 1,45 miliardi di euro) – sul principio del mantenimento, per quanto possibile, di una vita autonoma, con lo scopo di evitare l'istituzionalizzazione o ridurla a rimedio di ultima istanza.

Rispetto agli interventi previsti per le persone anziane, con un finanziamento complessivo di 307,5 milioni di euro, l'obiettivo è quello di prevenire l'istituzionalizzazione attraverso strutture alloggiative e dotazioni strumentali innovative che consentano loro di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria. Si potranno creare reti che servano gruppi di appartamenti non integrati in una struttura, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. In alternativa è possibile la progressiva riqualificazione di strutture residenziali pubbliche in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento.

Come già delineato nella Delibera di Giunta regionale n. 843 del 02/08/2021, si è resa urgente la necessità di lavorare ad una profonda riforma dell'attuale modello di

assistenza residenziale partendo da un confronto costruttivo che ha coinvolto tutti gli stakeholder del settore per programmare il futuro delle RSA e degli annessi servizi complementari, con un respiro di medio-lungo termine.

Il lavoro di riforma dell'attuale modello di residenzialità si inserisce in un contesto di profondo cambiamento dal punto di vista normativo, a partire dall'approvazione del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e dalla approvazione della Delibera di Giunta regionale n. 1508 del 19/12/2022 "La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77".

Il DM 77/2022 rappresenta la premessa ed il punto di partenza della riforma dell'Assistenza Territoriale, con un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard uniformi su tutto il territorio nazionale e promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Vengono infatti definiti gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi che dovranno essere rispettati in ogni Regione nell'ottica della progressiva definizione di Livelli Essenziali delle Prestazioni.

È uno dei traguardi previsti e finanziati dalla Missione 6 Salute del PNRR per rendere più efficace il Sistema Sanitario Nazionale, garantire equità di accesso alle cure e rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio.

Vengono definiti:

- gli obiettivi strategici di riferimento,
- le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali;
- gli standard in rapporto alla popolazione ed i parametri di riferimento del personale;
- le modalità organizzative e funzionali;
- la governance del sistema.

Nel dare attuazione al DM 77/2022 la Regione Toscana, con l'approvazione della Delibera di Giunta regionale n. 1508/2022, ha inteso non soltanto garantire l'adempimento delle indicazioni ed il rispetto degli standard in esso contenuti, ma anche valorizzare le peculiarità del modello toscano e sviluppare ulteriori aspetti di innovazione che permettano al servizio socio-sanitario regionale di mantenere il livello di eccellenza.

Il modello toscano pensato per rispondere agli obiettivi del DM 77/2022 si basa sulla capacità di orientare la progettazione degli investimenti finanziati dal PNRR secondo una pianificazione strategica integrata sia a livello regionale che di Zona distretto, tenendo insieme le peculiarità e le differenze nei percorsi, nelle modalità e nei contesti di erogazione delle prestazioni a livello ospedaliero, della sanità territoriale e dei servizi sociali e socio-sanitari.

Tale obiettivo strategico impone la necessità di integrare l'ambito sanitario e l'ambito sociale nei vari percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico a livello territoriale, determinando i punti e gli spazi di interazione reciproci, anche ai fini di favorire soluzioni progettuali complessivamente sostenibili e razionali tra:

- COT e servizio di emergenza-urgenza sanitaria e sociale;
- Segretariato Sociale e PUA, dedicati ai percorsi della non autosufficienza e della disabilità;

- Case della Comunità, Centri Servizi/Stazioni di Posta e centri per le famiglie.

Obiettivi ulteriori da raggiungere al termine del processo saranno:

- la semplificazione dei percorsi di accesso e di erogazione delle cure e dei servizi;
- lo sviluppo di un welfare territoriale sistemico riconoscibile e identitario;
- la risposta H24, sia in campo sanitario che sociale e coinvolgendo tutte le professioni sanitarie;
- il collegamento tra i luoghi della residenzialità del territorio, ossia la creazione di un sistema in cui strutture, quali ad esempio Hospice e Ospedali di Comunità ma anche servizi residenziali e semiresidenziali per minori ed adulti operanti in campo socio-educativo e socio-assistenziale, siano in grado di comunicare maggiormente col territorio ed essere inserite realmente in un percorso integrato di presa in carico delle persone;
- l'empowerment delle risorse umane, professionali, della famiglia e delle comunità;
- la stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni finalizzate alla programmazione e alla presa in carico.

Nel DM 77 il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali e la struttura organizzativa del territorio toscano, nonché le modalità di programmazione e l'organizzazione dell'integrazione socio-sanitaria previsti a livello normativo regionale risultano coerenti con gli indirizzi ministeriali in materia.

Al fine di garantire l'uniformità regionale dei livelli di assistenza e di erogazione dei servizi risulta necessario mettere in atto azioni di rafforzamento delle Zone distretto, di consolidamento del monitoraggio di percorsi di integrazione, di potenziamento degli strumenti operativi delle SdS e, in sostanza, di attivazione del percorso di riorganizzazione del territorio seguendo gli indirizzi ministeriali ma in continuità e in coerenza con l'esperienza regionale.

La programmazione dei presidi e dei servizi rappresenta uno strumento in grado di mettere in relazione la dotazione dei presidi e dei servizi sanitari e sociosanitari con i fabbisogni stimati e con i nuovi processi assistenziali e di cura e la conformazione dei territori toscani, in modo da fornire le basi conoscitive per il loro equilibrato sviluppo futuro.

Premessa

Il presente documento è stato redatto raccogliendo i contributi di specifici gruppi/tavoli di lavoro così come previsti dalla Delibera di Giunta regionale n. 843 del 02/08/2021 sopra richiamata.

Gli argomenti trattati sono stati individuati sulla base della Road Map di cui all'Appendice 2 dell'Allegato B alla suddetta Delibera e sulle esigenze contingenti dettate dalle criticità del sistema residenziale toscano che si è trovato a fronteggiare gli enormi costi generati dalla pandemia, nonché l'incremento dei costi di gestione legato alla crisi energetica e la carenza di personale.

La scelta delle tematiche da affrontare in via prioritaria scaturisce altresì su input del Consiglio Regionale nell'ottica del rafforzamento della centralità della programmazione e della governance del sistema regionale delle RSA, contesto nel quale ha origine la Proposta di Legge n. 174/2023 - Disposizioni in materia di distanze minime tra le strutture residenziali soggette ad autorizzazione di cui all'articolo 21, comma 1, lettera a) della l.r. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) successivamente approvata con Legge regionale 6 febbraio 2024, n. 2 recante "Disposizioni in materia di verifica di compatibilità per le strutture residenziali e semiresidenziali ai sensi dell'articolo 8 ter, comma 3, del d.lgs. 502/1992".

Contestualmente è stato ritenuto urgente, alla luce del fatto che l'emergenza Covid-19 ha evidenziato ulteriormente la necessità di avere, anche in ambito di servizio sociale, un servizio di pronto intervento verso i bisogni crescenti degli anziani fragili, trattare la tematica della programmazione dell'offerta per l'accoglienza in emergenza in RSA.

Infine è stato affrontato il tema della RSA come nodo della rete sociosanitaria del territorio di pertinenza e punto di riferimento per i cittadini nei contesti delle aree interne, contesti caratterizzati da distanza e povertà di servizi socio-sanitari, sanitari specialistici e ospedalieri di prossimità territoriale.

Successivamente a questo primo lavoro di approfondimento, saranno affrontati gli altri elementi di criticità previsti dalla DGR n. 843/2021 con la medesima modalità, ovvero attraverso la definizione di specifici documenti dedicati ai diversi temi da parte di Tavoli di lavoro che vedranno il coinvolgimento di tutti gli attori del percorso di presa in carico residenziale della persona anziana non autosufficiente.

E' evidente che essendo un percorso di riforma per step, potrà essere necessario, nelle fasi successive di approfondimento, condividere e apportare ulteriori modifiche a quanto delineato nel presente documento considerata anche la dinamicità degli scenari socio-demografici, delle caratteristiche delle famiglie, ma anche dei fattori socioeconomici e culturali che impongono una costante e aggiornata riflessione sul crescente e diverso bisogno sociale e sanitario.

La revisione del modello ha quindi preso in considerazione le seguenti tematiche che possono essere distinte in "Azioni strutturali", ovvero di profonda e sostanziale riforma del sistema e "Azioni innovative e sperimentali" che mirano a testare nuovi modelli per verificarne la fattibilità e l'efficacia al fine di una successiva eventuale messa a regime:

Azioni strutturali

- *La programmazione e la governance del sistema (Tavolo 1 - DGR n. 843/2021)*
- *Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA (Tavolo 2 - DGR n. 843/2021)*
- *Organizzazione dei moduli specialistici (Tavolo 3 - DGR n. 843/2021)*

Azioni innovative e sperimentali

- *RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità (Gruppo di lavoro - punto 11 DGR*

n. 843/2021)

- *RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e sociosanitaria (Gruppo di lavoro – punto 12 DGR n. 843/2021)*

I Tavoli di Lavoro n. 1, 2 e 3, costituiti secondo quanto previsto dai rispettivi paragrafi dell'Allegato B della DGR n. 843/2021, sono stati formalizzati con Decreto del Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale n. 22908 del 16/11/2022.

I suddetti tavoli, con il coordinamento regionale, hanno previsto la partecipazione di rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale), dei gestori delle strutture e delle Organizzazioni Sindacali (loro rappresentanza), nonché il coinvolgimento del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, di ANCI e di AIMA per gli aspetti di competenza.

I nominativi dei Rappresentanti delle Associazioni imprenditoriali delle RSA toscane, delle Centrali Cooperative-Settore Sociale e delle Organizzazioni Sindacali sono stati individuati dalle stesse e i rappresentanti del territorio sono stati individuati nel rispetto della rappresentanza territoriale e professionale.

I Gruppi di lavoro che hanno affrontato le tematiche di cui ai punti 11 e 12 del documento Allegato B alla DGR n. 843/2021, hanno visto la partecipazione di personale interno agli Uffici regionali nonché referenti dei servizi territoriali competenti per materia.

Al termine dei lavori dei Tavoli è stato convenuto che gli esiti emersi dal Tavolo 2: Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA saranno oggetto di un successivo atto in quanto si rende necessario un ulteriore approfondimento circa l'effettiva sostenibilità finanziaria.

La base di partenza del lavoro svolto è stata l'analisi del quadro epidemiologico ed economico-sociale del territorio toscano.

Attualmente in Toscana gli anziani rappresentano il 26% della popolazione (24% in Italia) e sono circa 958mila. ISTAT prevede che possano raggiungere quota 1 milione e 100mila nel 2033 (30% dei residenti) e 1 milione e 250mila nel 2043 (35% dei residenti). I giovani con meno di 15 anni d'età rappresentano invece l'11,6% della popolazione toscana (424.500 persone) ed è previsto che scendano al di sotto delle 390mila unità nei prossimi 20 anni. In conseguenza di queste dinamiche sono in continua crescita anche l'indice di vecchiaia (misura del ricambio generazionale, che confronta la popolazione anziana con quella giovane under15) e l'indice di dipendenza strutturale, misura della sostenibilità del sistema di welfare, che confronta la popolazione delle fasce non produttive, under15 e 65+ anni, con la popolazione in età lavorativa di 15-64 anni d'età. L'indice di vecchiaia toscano conta 226 anziani ogni 100 giovani (193 in Italia) e si stima che raggiungerà i 3 anziani per ogni giovane già nel 2033. L'indice di dipendenza strutturale conta 61 residenti in età non produttiva ogni 100 residenti d'età 15-64 anni (58 ogni 100 in Italia) ed è previsto alla soglia dei 69 ogni 100 nei prossimi 10 anni. Le donne tra gli anziani rappresentano il 56,2%, per la maggiore longevità che le contraddistingue: la speranza di vita alla nascita per una donna toscana è pari a 85,3 anni (84,8 anni in Italia), contro gli 81,3 anni degli uomini (80,5 anni in Italia).

L'aumento degli anziani, in particolare degli over84enni, porta un aumento delle fragilità e delle situazioni di bisogno di assistenza continua che trovano sempre meno disponibilità da parte dei potenziali care-giver 50-74enni (prevalentemente donne), per il progressivo assottigliamento della popolazione in questa fascia d'età. Il rapporto attuale tra anziani ultra84enni e 50-74enni in Toscana è 12,8% (11% in Italia), ma ISTAT prevede un progressivo aumento fino al 25,3% nel 2050.

Queste dinamiche stanno avendo e avranno impatti sempre più rilevanti sul sistema di welfare informale (livelli di tenuta delle reti familiari) e formale (programmazione,

tipologie di servizi e destinazione delle risorse, per citarne alcuni).

Il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento dell'ISS inoltre stima per la nostra regione il 10,8% di anziani non autosufficienti, contro una media nazionale pari al 13,4% (dato 2021). A questi potremmo sommare il 14,3% di anziani fragili (16,9% in Italia), cioè persone ancora autosufficienti nelle attività di base, come mangiare, vestirsi, alzarsi e spostarsi di posizione, lavarsi, ma che hanno perso alcune delle cosiddette attività strumentali (indipendenza nel fare spese, nell'usare il telefono o attività simili). In numeri assoluti si tratta di circa 100mila anziani non autosufficienti e 136mila fragili. A questi numeri dovremmo sommare i circa 14mila anziani ospiti di una Residenza sanitaria assistenziale (RSA), considerato che la sorveglianza censisce solamente persone ancora residenti al proprio domicilio, per un totale di 114mila persone in condizioni di non autosufficienza. La percentuale è più alta tra le donne (14%) rispetto agli uomini (6,4%) ed è stabile dal 2017.

Nel confronto con le altre regioni, la Toscana è la 5° tra quelle che hanno più anziani non autosufficienti in carico in assistenza domiciliare integrata sociosanitaria (3,8 per 1.000 anziani vs 3 per 1.000 in Italia). La prevalenza di anziani non autosufficienti in RSA è invece più bassa della media nazionale, 11,7 ogni 1.000 rispetto a 14,6 a livello nazionale. Storicamente la nostra regione ha valori più bassi per l'assistenza residenziale perché l'orientamento del servizio sanitario regionale è quello di mantenere l'anziano al proprio domicilio il più possibile, quando le condizioni di salute lo permettono.

Inoltre, secondo il Report pubblicato a gennaio 2024 nell'ambito delle attività finanziate dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze, l'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) riporta che nella Regione Toscana, sulla base dei residenti al 1° gennaio 2023 (ISTAT), è possibile stimare 80.596 casi di demenza nella fascia d'età uguale o superiore ai 65 anni (pari all'8,4% su una popolazione di 958.136 persone) e 1.486 casi di demenza early onset compresi nella fascia d'età 35-64 anni ed è possibile stimare il numero di persone con MCI (Mild Cognitive Impairment o Disturbo Cognitivo Lieve) in 63.466.

Infine, focalizzando l'attenzione sulla capacità di risposta di tipo residenziale e semiresidenziale offerta sul territorio regionale, in Toscana a dicembre 2024 risultano attive 345 RSA, per un totale di 16.118 posti letto, di cui 14.851, pari a 15,3 ogni 1.000 anziani toscani, sono quelli destinati alla non autosufficienza (92%). Circa una struttura su tre è di proprietà pubblica (26%). L'indice di copertura dei posti letto per non autosufficienti disponibili e finanziabili dal SSR sui toscani ultra64enni è pari all'1,49%.

L'offerta semiresidenziale (Centri diurni) conta 115 strutture, di cui 86 per non autosufficienti e 23 per anziani con demenza. Il 44% di questi Centri diurni è pubblico. I posti per non autosufficienti sono 1.377 (1,4 per 1.000 anziani), di cui quelli per anziani con demenza 350 (0,4 per 1.000 anziani).

Da specificare che, a seguito dell'emergenza Covid-19, 22 strutture semiresidenziali non sono state riattivate e risultano attualmente chiuse.

A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende anche 1.314 posti letto per autosufficienti in RSA (oltre ai 1.225 posti letto presenti nelle 41 Residenze Sociali Assistite - RA) e 11 Centri diurni (306 posti) per anziani autosufficienti.

Dal punto di vista delle risorse dedicate al finanziamento delle risposte residenziali, a partire dal 2017, all'interno delle azioni intraprese per garantire su tutto il territorio regionale livelli uniformi di prestazioni offerte dalle RSA, la libera scelta dei cittadini e, al contempo, fornire una cornice di regole e condizioni certe all'interno delle quali i gestori delle strutture possano svolgere la loro attività e il sistema pubblico programmare e controllare le azioni di governance, è stato individuato per ciascuna

azienda UU.SS.LL. un budget da utilizzarsi per l'erogazione di prestazioni residenziali (RSA e Centri Diurni) in favore di anziani non autosufficienti.

Al contempo, al fine di sostenere economicamente il sistema di offerta residenziale, è stato previsto, a partire dal 2018, un aumento progressivo della quota sanitaria fino alla recente Delibera di Giunta regionale n. 1132 del 25/09/2023 che, relativamente al triennio 2023-2025, stabilisce di adeguare:

- dal 1° luglio 2023, la quota sanitaria del modulo base delle RSA, attuando un incremento pari ad € 2,00 al giorno, determinando la nuova quota sanitaria in € 56,00;
- dal 1° gennaio 2024, la quota sanitaria del modulo base delle RSA, attuando un incremento pari ad € 1,60 al giorno, determinando la nuova quota sanitaria in € 57,60;
- dal 1° gennaio 2025, la quota sanitaria del modulo base delle RSA, attuando un incremento pari ad € 1,50 al giorno, determinando la nuova quota sanitaria in € 59,10.

AZIONI STRUTTURALI

La Programmazione e la Governance del sistema

Contesto di riferimento: attuazione dei principi cardine del sistema toscano: autorizzazione, accreditamento e accordo. Con particolare riferimento al tema dell'autorizzazione da parte del Comune per la realizzazione di strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti, risultano mancare linee di indirizzo regionali sulla base delle quali il sistema pubblico possa programmare e controllare le azioni di governance anche allo scopo di evitare l'eccessivo proliferare di nuove strutture.

Esito: indicatori zionali per la programmazione, sulla base dei quali sarà formulato successivo atto regionale di indirizzo

La L.R. 40/2005 ss.mm. e la DGR n. 995/2016 prevedono che Aziende USL e Società della Salute/Zone Distretto esercitino la funzione di indirizzo e governo.

In questo processo si inserisce la programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale con specifica distribuzione dei livelli di assistenza specialistica.

L'analisi del fabbisogno è finalizzata alla realizzazione di una rete di servizi in grado di rispondere ai bisogni accertati e valutati delle persone non autosufficienti, definendo le risorse disponibili, pianificando l'offerta assistenziale appropriata, definendo un sistema di monitoraggio e valutazione in un'ottica di armonizzazione dei servizi e di sostenibilità finanziaria complessiva

Criteri per la definizione del fabbisogno di posti in RSA

L'analisi del fabbisogno di posti in RSA e dei servizi semiresidenziali deve essere effettuata contestualmente con la fotografia dell'offerta/programmazione degli altri servizi per gli anziani non autosufficienti nella zona.

La programmazione deve tenere conto dei posti residenziali e semiresidenziali e dello sviluppo dell'assistenza domiciliare, considerando non solo i dati quantitativi ma anche le caratteristiche qualitative del servizio (orari di apertura, flessibilità, ore di assistenza anche nei fine settimana e nei/giorni festivi, tempestività nell'attivazione ecc...).

L'offerta dei servizi territoriali è un'offerta circolare che si integra in fasi diverse dell'assistenza alla persona. Lo sviluppo dell'offerta residenziale deve essere coerente e conseguente all'offerta di un'adeguata assistenza domiciliare e semiresidenziale.

La programmazione dovrà basarsi su diverse prospettive di analisi individuando indicatori di tipo demografico, economico ed epidemiologico (ad esempio stime dei casi di demenza nei prossimi 20/30 anni, ecc) che opportunamente pesati portano alla costruzione di un indicatore multilivello che definisce il "fabbisogno di posti in RSA" per ogni zona-distretto.

Tale costruzione deve essere effettuata con il supporto scientifico e metodologico di ARS/Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che dispongono delle necessarie competenze e professionalità.

Un contributo importante può essere offerto anche da indicatori che prendono in considerazione un'analisi quantitativa e qualitativa dell'attuale offerta e delle liste di attesa per i 3 setting assistenziali (RSA, CD, Assistenza Domiciliare), anche se non direttamente influenti sulla determinazione del fabbisogno.

Si prevede di elaborare un documento di indirizzo alle Zone/SdS con le indicazioni per la programmazione locale da inserire nell'Atlante degli Ambiti Territoriali di cui alla DGR n. 1508/2022.

Ai sensi della DGR n. 995/2016, nell'ambito della procedura per il rilascio dell'autorizzazione per la realizzazione di strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti, il Comune in cui si intende realizzare la struttura stessa, richiede il parere obbligatorio e non vincolante alla Conferenza dei Sindaci/SdS della zona distretto competente e procede alla verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione e distribuzione territoriale risultante dagli atti regionali di programmazione tenendo conto delle strutture pubbliche, private e del privato sociale già operanti sul territorio anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

Si prevede dunque di elaborare, in collaborazione con ANCI, un documento di indirizzo per il rilascio del parere obbligatorio ma non vincolante sopra richiamato.

Il fabbisogno (PL delle diverse tipologie) sarà definito sulla base degli indicatori regionali (MES/ARS) in modo omogeneo e in relazione all'offerta che la zona riesce a garantire, tenuto conto della sostenibilità economica complessiva e della coerenza con la programmazione aziendale (Piano Attuativo Locale).

Gli indicatori elaborati da MES e ARS saranno utilizzati per la definizione del fabbisogno e per il rilascio del parere preventivo obbligatorio ma non vincolante a cura della zona.

Rispetto al parere preventivo obbligatorio e non vincolante, è determinante che questo abbia una scadenza triennale rispetto ai tempi di realizzazione e messa in opera della struttura. I pareri rilasciati dalla zona/SdS devono essere monitorati all'interno della programmazione zonale (Programmazione Operativa Annuale).

Qui di seguito si riporta un elenco di possibili indicatori elaborati dal gruppo di lavoro regionale, sulla base dei quali sarà formulato successivo atto regionale di indirizzo:

Ipotesi di Indicatori zonali per la programmazione

- Popolazione per fascia di età con particolare focus su >65, >75 e >85
- Indice di invecchiamento
- Speranza di vita
- Indice di supporto – Care giver potenziali in relazione a >65 e >85
- Stima BADL >65 per isogravità e per livelli di deficit cognitivo, e livello di disturbi umore e comportamento
- Reddito medio zonale
- Indice composizione nucleo familiare
- Densità/dispersione territoriale
- % >65 e >85 in ADI, ADP, AD residenti a domicilio
- Volume attività per la Non autosufficienza (Semiresidenzialità, Residenzialità, Domiciliarità)
- Numero di anziani che vivono da soli

- N° posti letto in RSA
- Ammissioni in RSA nell'anno precedente
- Percentuale di occupazione dei posti letto delle RSA già operanti in Zona
- Analisi "qualitativa" dell'offerta
- Lista di attesa RSA
- Indicatore Griglia LEA/Nuovo Sistema di Garanzia n° D33Za
- % dimissioni da ospedale su totale inserimenti
- % >65, >75 e >85 residenti in RSA permanente

Sulla base degli indicatori proposti, sarà approvato, in linea con le tempistiche previste dalla Legge Regionale n. 2 del 6 febbraio 2024 e in assenza di indicazioni nazionali, un atto contenente l'indice di fabbisogno regionale di posti letto che sarà aggiornato annualmente.

Organizzazione dei Moduli Specialistici

Contesto di riferimento: negli attuali modelli organizzativi delle strutture residenziali coesistono diverse modularità assistenziali senza reali specializzazioni; i posti letto dedicati ai moduli specialistici sono spesso gestiti in modo promiscuo dentro medesime strutture non consentendo lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci in grado di offrire risposte appropriate ai diversi bisogni delle persone ospitate. Non sono previsti requisiti strutturali e organizzativi specifici e le liste di priorità per l'inserimento non sono gestite separatamente da quelle per il modulo per la non autosufficienza stabilizzata.

Esito: proposta di elementi essenziali per la revisione dei requisiti di autorizzazione al funzionamento dei moduli specialistici e indicazioni per per accesso, monitoraggio e dimissione dagli stessi da formalizzare con successivo Tavolo di lavoro specifico per la modifica del Regolamento 2/R/2018.

Autorizzazione all'esercizio delle RSA con moduli specialistici: elementi essenziali per la revisione dei requisiti di autorizzazione al funzionamento

Tutte le differenti offerte di modulo base e specialistico, dovranno essere autorizzate all'esercizio e accreditate in modo specifico per numero di posti e definizione degli spazi dedicati all'offerta, promuovendo le scelte anche in conseguenza delle vocazioni ed eccellenze delle strutture, delle condizioni logistico strutturali degli ambienti e della prossimità dei servizi ai cittadini.

Sarà necessaria la successiva definizione, con il supporto di uno specifico Tavolo di lavoro che sarà appositamente formalizzato, dei requisiti organizzativi e strutturali e la revisione dei requisiti professionali dei moduli/nuclei specialistici dedicati, che esiterà nella modifica e integrazione del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R.

Successivamente all'autorizzazione e all'accreditamento dei posti letto di modulo specialistico, è necessaria la stipula di specifica convenzione tra soggetti pubblici e soggetti gestori.

Sarà compito delle tre aziende elaborare una bozza di convenzione comune (una per ciascuna tipologia di modulo) sulla base dei seguenti elementi chiave:

Elementi chiave della convenzione per i moduli specialistici

- Chiaro riferimento ai documenti di autorizzazione e accreditamento per il modulo
- Breve glossario su Impegnativa-modulo, servizi competenti; variazioni stato di salute; Legale rappresentante del beneficiario; Progetto Assistenziale Personalizzato
- Oggetto dell'accordo contrattuale
- Durata della convenzione
- Obblighi della struttura

- Protocollo di accesso
- Definizione delle tariffe
- Disposizioni per Tutela Salute Ospiti
- Organizzazione vita comunitaria
- Penalità in relazione alle inadempienze
- Incompatibilità e divieto di PANTOUFLAGE

Liste di priorità per l'ingresso nei moduli specialistici

Per assicurare appropriatezza dei percorsi assistenziali, l'accesso ai moduli specialistici avviene per **liste diversificate** per modulo specialistico e per livelli di priorità ai sensi della DGR n. 1119/2021.

In ogni zona l'accesso ai moduli specialistici è governato a livello zonale sia per l'ingresso che per la durata e con definizione della dimissione.

Il monitoraggio è a carico dell'équipe multidisciplinare con la presenza dello specialista e deve essere effettuata entro i termini del progetto individuale e garantire una continuità con la presa in carico successiva.

Nel caso si preveda un livello di assistenza post cognitivo può essere previsto dalla UVM un progetto di inserimento della persona in modulo appropriato.

Requisiti specifici dei moduli specialistici

Il gruppo di lavoro ha approfondito alcuni elementi caratterizzanti i moduli specialistici che possono essere utilizzati per la revisione del regolamento e per caratterizzarne le specificità in vista dell'autorizzazione specifica da richiedere appunto per singola tipologia di moduli.

Modulo specialistico per disabilità cognitivo-comportamentale

Con la revisione del Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale nelle RSA la Regione Toscana si propone di adeguare la qualità dell'assistenza residenziale alla complessità dei bisogni della Demenza (sistema RSA per la demenza).

Non è sufficiente la diagnosi di Demenza per consentire il ricovero in un Modulo specialistico, anche se il Piano Assistenziale prevede il ricovero in RSA.

La Persona può essere orientata al Modulo Base oppure al Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale, secondo le sue condizioni cliniche e funzionali e secondo il livello e l'intensità del bisogno espresso.

Il ricovero nel Modulo specialistico è previsto solo se, per le condizioni cliniche e funzionali della persona attestata dallo specialista di branca, il Modulo Base non può garantire una assistenza rispondente ai suoi bisogni.

Caratteristiche TARGET (DGR n. 402/2004 e DGR n. 1402/2017):

si tratta di soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering. Sono soggetti che necessitano di una sorveglianza più stretta, sia per i rischi di fuga che per le cadute. In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è

dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza.

Il modulo ha una valenza terapeutica oltre che di supporto assistenziale alla famiglia.

Profilo paziente e modalità di accesso al Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale:

Per autorizzare il ricovero in RSA, si richiede, come per tutti i casi di non autosufficienza, che la valutazione multidimensionale del caso definisca il bisogno di una forma di assistenza residenziale, sulla base delle condizioni della persona e del contesto di vita familiare.

Per la scelta tra Modulo Base e Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale, si valutano, con la consulenza del medico specialista di riferimento (CDCD), le condizioni del malato. In particolare, la combinazione di capacità di deambulazione e sintomi del comportamento (BPSD) può richiedere il ricovero nel Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale. Per il ricovero programmato nel Modulo specialistico, si inserisce la persona in una specifica lista di attesa.

È possibile un ricovero di emergenza su indicazione del Medico Specialista del CDCD, nel caso di un grave scompenso dei sintomi del comportamento, che non possono essere trattati a domicilio. In concomitanza con il ricovero, si attiva la valutazione multidimensionale per un eventuale proseguimento del ricovero nella modalità programmata o per l'erogazione di un diverso servizio.

Criteri di Inclusione:

- persona affetta da demenza con diagnosi definitiva;
- prognosi definitiva;
- disturbo comportamentale di grado severo (aggressività, agitazione, wandering); non controllato da strategie ambientali e/o terapia farmacologica, non riconducibile a cause acute intercorrenti (esclusione delirium);
- programma di trattamento predisposto;
- stabilità clinica (NEWS 0-1), che non necessita di ossigenoterapia in acuto (eccetto pazienti già in OTLT).

Criteri di Esclusione:

- instabilità clinica;
- paziente in fase terminale di malattia;
- delirium non indagato.

Modalità di accesso:

- **dall' Ospedale** (ACOT, pronto soccorso, reparti, low-care) su segnalazione e valutazione dei medici specialisti di struttura previa consulenza con CDCD
- **dal Territorio** su segnalazione e valutazione del MMG e specialisti ambulatoriali (da integrare con accesso ordinario attraverso la progettazione da parte della UVM e CDCD)

Finalità e durata del ricovero nel Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale

Il ricovero nel Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale ha una duplice finalità:

1. Alleggerimento temporaneo del carico assistenziale dei familiari, che può essere richiesto per loro esigenze di cura o per la necessità di un recupero di risorse personali;
2. "Riabilitazione" della persona, intesa come definizione di una metodologia di

assistenza volta al mantenimento delle funzioni, al contenimento dei sintomi e alla qualità della vita. Questa metodologia viene condivisa con i familiari.

In ogni caso, il ricovero ha una durata temporanea, eventualmente procrastinabile, fino al raggiungimento dell'obiettivo.

Alle dimissioni è attivo un nuovo piano assistenziale, che prevede il trasferimento in un modulo base o verso il domicilio, con l'erogazione di altri servizi (Assistenza Domiciliare, Centro Diurno o altro).

Ambiente Ecologico Alzheimer

Il Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale è progettato in modo da offrire al malato un ambiente fisico e relazionale **ecologico**, cioè adeguato ai suoi bisogni.

L'ambiente fisico è sicuro, cioè non presenta vie di fuga né ostacoli fisici o psicologici per un malato che lo vive in autonomia, ed è progettato, sia nella definizione degli spazi che negli arredi, nelle luci e nei colori, in modo da facilitare l'orientamento. Gli stessi criteri progettuali si applicano ad un eventuale spazio esterno (Giardino Alzheimer).

L'ambiente relazionale è determinato dalle abilità di relazione della équipe, che richiedono una specifica formazione

L'Équipe: composizione e formazione

Per il conseguimento degli obiettivi di cura, l'équipe comprende le seguenti professionalità, come staff o attività di consulenza:

Consulenza

- Medico Specialista (terapie e follow up specialistico, formazione)
- Medico di Medicina Generale (valutazione della condizione di multipatologia e compatibilità delle terapie)

Per emergenze di tipo comportamentale, l'infermiere può contattare il medico del CDCD o altri colleghi del reparto di appartenenza dello specialista, per avere supporto in tempi brevi.

L'Équipe ha una composizione stabile: gli operatori non ruotano su altri servizi, per:

- essere sempre in grado di adeguare la relazione con il malato, oltre che ai cambiamenti indotti dalla malattia, alla sua storia e alle sue vocazioni;
- costruire e sviluppare le abilità di relazione anche nella dimensione della relazione di équipe e della relazione con i familiari dei malati;
- partecipare con continuità ai programmi di formazione.

Terapie non farmacologiche

Alle persone coinvolte può essere proposta la partecipazione ad attività che hanno una valenza terapeutica, tanto da essere indicate come Terapie non Farmacologiche.

Le attività sono svariate:

- Attività musicale (Musicoterapia)
- Cura di piccoli animali (Pet Therapy)
- Cura della bambola (Doll Therapy)
- Disegno e pittura
- Bricolage
- Terapia del Viaggio
- Ecc.

Queste attività possono essere condotte da esperti esterni affiancati da membri della équipe.

La loro efficacia non è tanto determinata dalla particolare tecnica scelta, quanto dalla qualità della relazione individuale che si riesce a costruire nello svolgimento di una attività di gruppo. L'attività proposta svolge quindi il ruolo di Mediatore di Relazione.

La qualità del lavoro svolto dalla équipe viene sviluppata e sostenuta da un progetto di formazione continua, che ha il focus sulla relazione, nelle dimensioni di Relazione di cura, Relazione di équipe e Relazione con i Familiari.

Modulo per disabilità prevalentemente di natura motoria

Caratteristiche utenza (DGR n. 402/2004):

pazienti che, in fase post-acuta e/o post-ospedaliera, necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di ictus, malattia di Parkinson, fratture) anche se hanno usufruito di un primo ciclo di trattamento riabilitativo.

Criteri di Inclusione:

- Paziente stabile (NEWS 0-1), che non necessita di ossigenoterapia in acuto (eccetto pazienti già in OTLT)
- prognosi definita
- programma di trattamento predisposto
- Pazienti in fase post-acuzie stabilizzati generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico, con l'obiettivo principale di incrementare i livelli residui di autosufficienza. Tale categoria comprende:
 - pazienti con recenti fratture e/o apparecchi gessati con procrastinazione del carico, che necessitano di un lungo periodo di riposo a domicilio, in assenza di sostegno familiare adeguato;
 - pazienti reduci da malattie acute, ad alto carico assistenziale che necessitano di riattivazione motoria e di tempo per adeguare l'organizzazione domiciliare (counseling fisioterapico al paziente ed ai familiari, prescrizione ausili).

Criteri di Esclusione:

- instabilità clinica
- paziente in fase terminale di malattia
- pazienti non in grado di raggiungere obiettivi di recupero (basso livello funzionale e/o cognitivo)
- pazienti con indicazione a riabilitazione intensiva.

Modalità di accesso:

- dall'Ospedale (ACOT, pronto soccorso, reparti, low-care) su segnalazione e valutazione dei medici specialisti di struttura
- dal Territorio su segnalazione del MMG e specialisti ambulatoriali.

Tempo massimo di ricovero: 60 giorni

Dimissione

Al raggiungimento degli obiettivi il paziente può essere dimesso verso:

- domicilio
- Modulo RSA Base

Protocollo per accesso, monitoraggio e dimissione dai moduli specialistici

Relativamente all'accesso in **Modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale**, di norma l'inserimento avviene a seguito di una valutazione multidimensionale effettuata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che redige un PAP (Piano Assistenziale Personalizzato).

Come previsto dalle disposizioni regionali, la durata del ricovero nel modulo specialistico per la disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale è definita nel Progetto Assistenziale Personalizzato, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dallo stesso e comunque non deve protrarsi indicativamente oltre il terzo mese di permanenza in struttura.

In caso di accesso al Pronto soccorso, il CDCD, allo scopo di evitare al paziente affetto da demenza ricoveri ospedalieri impropri (che oltretutto comportano un grave rischio di danno psicosomatico e funzionale) disporrà anche di posti di modulo per disabilità di natura cognitivo comportamentale in struttura residenziale, ai quali potrà ricorrere direttamente in caso di urgenza per il periodo necessario a stabilizzare i sintomi e rivedere, quindi, il progetto personalizzato, in accordo con il MMG e il team delle cure primarie.

La presa in carico residenziale "in urgenza" delle persone con demenza e gravi disturbi del comportamento viene quindi gestita direttamente dal CDCD in sinergia con l'UVM ed è indicata nelle situazioni in cui non sia possibile una gestione domiciliare del caso ma non sia necessario un ricovero ospedaliero: ad esempio nel caso in cui la famiglia presenti una condizione di grave stress psicofisico ("burnout del caregiver"). Il ricovero si configura quindi come "terapeutico" in quanto ha come obiettivo principale la stabilizzazione dei disturbi del comportamento e, laddove possibile, il recupero della autonomia nelle attività di vita quotidiane (ADL). A tal fine è possibile dedicare posti letto "ad alta valenza terapeutica" in RSA dove siano presenti posti letto di modulo specialistico per disabilità di natura cognitivo-comportamentale, da concordare con l'Azienda USL di riferimento.

Per quanto riguarda le modalità di ingresso, il CDCD comunicherà immediatamente il nominativo della persona affetta da demenza con BPSD non gestibile a domicilio e i riferimenti del caregiver e/o della famiglia alla UVM che contatterà quindi la famiglia per concordare l'ingresso.

Contestualmente l'UVM, in raccordo con il CDCD, redigerà il piano di assistenza personalizzato (PAP) indicando il periodo di permanenza sul posto letto.

La Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) mantiene la funzione propria per quanto riguarda la definizione dei Piani Assistenziali Personalizzati per i pazienti ad elevata complessità sociosanitaria, attivando e monitorando l'utilizzo appropriato dei servizi sociosanitari per non autosufficienti.

E' già funzionante in vari territori una efficace collaborazione tra il CDCD e l'UVM. Tale collaborazione e l'integrazione funzionale dovrà essere oggetto di specifiche procedure aziendali.

Al fine di facilitare la presa in carico nella rete, sia nel caso in cui il paziente affetto da demenza venga inviato in urgenza in struttura da parte del CDCD, sia in occasione di ricovero in ospedale, anche attraverso l'ACOT, viene trasmessa l'informazione all'UVM, affinché possa, in maniera tempestiva, procedere alla rimodulazione del PAP, in accordo con la famiglia, per reinserire, una volta ridotti i disturbi del comportamento, il paziente al proprio domicilio o, ove non sia possibile, indirizzarlo verso altri servizi della rete.

Nei casi di dimissione ospedaliera di persona con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering dunque la valutazione, elaborata tempestivamente, avviene a cura di ACOT in sinergia con la UVM integrata dallo specialista di branca, ovvero del CDCD.

La valutazione esprime un PAP con decorrenza e conclusione definita e prevede un monitoraggio a cura dell'equipe integrata dallo specialista di branca e un progetto di continuità elaborato a conclusione del PAP temporaneo.

Relativamente all'accesso in **Modulo per disabilità prevalentemente di natura motoria**, per i pazienti dimessi dall'ospedale, in fase post-acuzie stabilizzati generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico, con l'obiettivo principale di incrementare i livelli residui di autosufficienza, l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) garantisce il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa. L'accesso dunque è subordinato alla valutazione della stessa ACOT e successiva autorizzazione da parte della Zona Distretto di residenza dell'assistito.

Anche nel caso di pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale con riacutizzazione di cronicità, che necessitano di riattivazione motoria, ma senza necessità di ricovero in ospedale per acuti, l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio svolge funzione di riferimento e di organizzazione del servizio in quanto strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio che fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto; l'ACOT coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il MMG anche relativamente alle segnalazioni provenienti dal territorio qualora sia presente richiesta di inserimento.

In presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'ACOT, in quanto strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio attiva l'UVM zonale competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Per assicurare appropriatezza e definizione dei percorsi a tutela delle persone l'accesso ai diversi livelli di assistenza avviene per liste di accesso diversificate per livello di assistenza e conseguente tipologia di offerta e per accesso temporaneo o di lungo assistenza.

Bassa Intensità Assistenziale

La normativa attuale prevede che i moduli BIA non possano superare il 40% dei posti autorizzati.

Vista la presenza piuttosto diffusa in Regione Toscana di Residenze Sociali Assistite (45 al 31/12/2022) o comunque di strutture miste (RSA con posti letto per autosufficienti e per non autosufficienti), si promuove la trasformazione delle Residenze Sociali Assistite esclusive in RSA con moduli di Bassa Intensità Assistenziale anche per la totalità dei posti, superando il vincolo che prevede di poterle realizzare nella massima misura del 40%.

Si prevede che queste tipologie (moduli BIA nelle attuali miste e RSA TOTAL BIA) possano avere requisiti strutturali diversificati, (vedi es: i requisiti strutturali di cui ai punti 10, 11, 12 del Regolamento 2r/2018) e una integrazione dei requisiti

organizzativi con attività intensificate di progetti di socializzazione e integrazione (vedi es: n. 4 dei requisiti organizzativi). Valutazione dei requisiti professionali diversificati (vedi es: OSA o A. d B.).

E' confermato il mantenimento in via ordinaria del numero minimo di posti letto pari a 8 e riducibili se in zone scarsamente popolate e con alta dispersione territoriale per garantire la prossimità.

Il modulo deve essere specificatamente autorizzato.

L'inserimento in modulo BIA presuppone la valutazione multidimensionale della persona da parte della UVM per la definizione del Piano Assistenziale Personalizzato, volto ad individuare le azioni specifiche necessarie.

In caso di repentino aggravamento, deve essere assicurata con tempestività all'anziano l'assistenza appropriata richiesta dal medico curante, proporzionata alle esigenze effettive di cura e, nel caso di una stabilizzazione in condizioni di non autosufficienza grave, deve essere attivata immediata segnalazione ai servizi competenti per i provvedimenti del caso (rivalutazione da parte della UVM ed eventuale trasferimento in altra struttura, valutando opportunamente le tempistiche del trasferimento, passaggio al modulo RSA base, rientro al domicilio ecc.).

Ogni modificazione/aggravamento delle condizioni dell'anziano dovrà in ogni caso essere tempestivamente comunicata ai servizi competenti ASL ai fini di valutare l'eventuale inadeguatezza dell'inserimento in BIA alla luce delle nuove condizioni dell'utente.

Livelli di assistenza ulteriori

E' prevista, attraverso sperimentazioni aziendali, la possibilità di introdurre ulteriori livelli di assistenza:

per le persone che esprimono nella lungo assistenza una maggiore gravità clinica o una parziale stabilizzazione dei disturbi del comportamento.

Esempi:

- post dimissioni da modulo 3 (modulo base con maggiore intensità assistenziale)
- condizione clinica che richiede assistenza infermieristica H24

AZIONI INNOVATIVE E SPERIMENTALI

RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità

Contesto di riferimento: esigenza di offrire servizi aperti alla comunità attraverso uno strumento organizzativo regionale in contesti afferenti ad aree interne o svantaggiate, ove la RSA rappresenta e/o può rappresentare il punto di riferimento sociosanitario per i cittadini del territorio, in mancanza di servizi e risposte di prossimità.

Esito: proposta di sperimentazione attraverso lo strumento della co-progettazione.

Come delineato nell'Allegato B della DGR n. 843/2021, per il futuro occorre delineare un nuovo modello di RSA. La RSA del futuro deve essere fortemente radicata al territorio su cui opera. Quella tra territorio e RSA è una alleanza che deve arrivare a coinvolgere altri fattori fondamentali, senza i quali il processo di integrazione risulterebbe compromesso: i medici di medicina generale, le associazioni di volontariato, tutti gli attori del sistema di cure per gli anziani non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza. Questo dovrebbe garantire alla RSA di diventare un nodo della rete sociosanitaria del territorio, sollevandola dal suo attuale isolamento.

Una volta stretto questo patto con il territorio, la RSA potrebbe concretamente ambire ad avere un ruolo che viene invocato da molti esperti del settore: quello di **centro di servizi** a disposizione di tutta la popolazione anziana-fragile e non solo ai residenti. Questa svolta è necessaria considerando che solitamente il ricovero in RSA avviene dopo diversi anni in cui è stata la famiglia, da sola, a portare sulle spalle tutto il carico della cura. Un ruolo maggiore della RSA nella vita del territorio e nei servizi per la domiciliarità potrebbe alleggerire questo carico e posticipare ulteriormente la data del ricovero.

Tale ruolo può essere svolto in contesti che comunque devono afferire ad aree interne o svantaggiate, ove la RSA rappresenta e/o può rappresentare il punto di riferimento sociosanitario per i cittadini del territorio.

Tutte le politiche nazionali e regionali dopo l'esperienza del Covid-19, per la tutela della salute degli anziani fragili e non autosufficienti puntano non solo sulla riforma delle RSA ma alla messa in opera di un più articolato "sistema delle cure", che offra con priorità sostegni al domicilio.

In questo contesto bisogna superare la frattura tra servizi domiciliari e residenziali, e invece, offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi.

La RSA può in questa logica erogare servizi, innanzitutto quelli di assistenza e di cura, in accordo con le soluzioni domiciliari già operative sul territorio di riferimento; inoltre potrebbe mettere a disposizione i propri locali per attività aperte ai non residenti (ad esempio operando come centro diurno, oppure garantendo i pasti o il servizio lavanderia, palestra, attività di socializzazione...). La RSA potrebbe dare sostegno ai familiari degli anziani e supporto al lavoro privato di cura e potrebbe anche formulare proposte concrete per favorire l'invecchiamento attivo (allegato A della DGR n. 843/2021). Queste proposte sono compatibili con l'attuale normativa regionale prevista dal Regolamento 2/R del 2018.

Considerando le novità introdotte dal PNRR, e in particolare dal Decreto Ministeriale 77/2022, sull'assistenza sanitaria territoriale (vedi l'infermiere di famiglia) con le conseguenti decisioni della giunta regionale attuate con la DGR n. 1508 del 19 dicembre 2022 e con quanto previsto dal D.Lgs. 03/07/2017, n. 117: artt. 55 e 56 e

dal Decreto n. 72/2021 (Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore) e dalla Legge regionale 65/2020, si ritiene opportuno incentivare **sperimentazioni a gestione aziendale o zonale** per la promozione della salute dell'anziano fragile, attivando una co-progettazione tra l'Ente pubblico e gli Enti del Terzo Settore (ETS) per **la domiciliarità**.

Gli ETS territorialmente coinvolti nella co-progettazione, dovrebbero a loro volta, seguendo precisi indirizzi individuati in accordo con l'Ente Pubblico, stabilire rapporti di collaborazione con le RSA pubbliche o in caso di assenza, vedi alcune zone montane, con RSA private accreditate.

La **coprogettazione, destinata agli anziani fragili residenti**, si basa sulle disposizioni della LR 65/2020 tra la pubblica amministrazione (ASL, SdS, Comuni) e gli Enti di terzo settore, così come definiti dall'art 4 comma 1 del D.Lgs 117/2017, del territorio di riferimento.

Un grande input alle politiche di settore è stato determinato dall'inserimento, all'interno del PNRR, di specifiche e innovative politiche dedicate alla sanità, ai servizi sociali e sociosanitari ed in particolare:

- **Missione 5C2** - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore:
 1. Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità
- **Missione 5C3** - Interventi speciali per la coesione territoriale:
 1. Rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali
- **Missione 6C1** - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:
 1. Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
 2. Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
 3. Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Nei percorsi di riqualificazione dell'offerta di servizi ci si potrà avvalere del ruolo attivo delle Zone distretto/Società della Salute, che possono dare un contributo sulla costruzione del network territoriale, garantendo l'integrazione socio-sanitaria che caratterizza da sempre i servizi della Toscana, promuovendo attraverso la programmazione, la convergenza delle risorse economiche di estrazione sociale, sociosanitaria e sanitaria su uno stesso obiettivo.

L'obiettivo va nella direzione di organizzare un Territorio che prende in carico i problemi sanitari di bassa e media intensità ma non dimentica e non marginalizza le problematiche socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Resta inteso che le RSA che vogliano candidarsi a questo percorso dovranno essere in regola con la L.R. 82/2009 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato" in termini di svolgimento del servizio di assistenza domiciliare o di altri servizi alla persona, in aggiunta alla autorizzazione e all'accreditamento richiesti dalla L.R. 41/2005 e dal relativo Regolamento, nonché dalla stessa L.R. 82/2009, relativamente al funzionamento della RSA.

Indirizzi per la sperimentazione di esperienze di co-progettazione volte alla promozione della salute dell'anziano fragile nell'ottica della domiciliarità

Sulla base di dati epidemiologici e di popolazione del territorio di riferimento e alla luce del Profilo di Salute e in riferimento all'indice di vecchiaia (numero di residenti di età maggiore o uguale a 65 anni per 100 giovani tra 0 e 14 anni) che esprime la velocità di ricambio generazionale di una popolazione, può rendersi necessario mettere in atto una rete di protezione capace di monitorare e dare supporto alla situazione di fragilità evidenziata, in modo da prevenire, quando possibile, la perdita di autonomia compensando con servizi facilmente fruibili le carenze assistenziali e di supporto che si manifestano; è opportuno quindi prevedere la presenza di servizi attivabili rapidamente e facilmente fruibili anche per periodi limitati, partendo da una mappatura degli enti del terzo settore presenti sul territorio, così come definiti dall'art 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106, nonché delle strutture residenziali per anziani.

La normativa regionale e in particolare la DGR n. 843/2021 ha dimostrato di orientarsi verso la possibilità di un uso più flessibile delle strutture residenziali e l'occasione della riorganizzazione della gestione di RSA pubbliche può dare l'avvio ad una specifica fase sperimentale.

Finalità e Obiettivi di un progetto sperimentale che vede la RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità

In virtù di quanto esposto sopra si ritiene esprimere quali finalità del progetto:

- a. favorire l'invecchiamento attivo degli anziani residenti attraverso il rafforzamento della rete sociale e contrasto alla solitudine e all'isolamento;
- b. fornire spazi e informazioni destinati ai care giver;
- c. garantire la fruizione dei servizi alla popolazione a prescindere dalla sua collocazione geografica;
- d. migliorare la fruibilità e l'accesso ai servizi per la popolazione anziana;
- e. valorizzare le risorse professionali che operano nella specifica area geografica;
- f. la definizione di percorsi specifici per gli anziani fragili;
- g. qualificazione e potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria al fine di ridurre anche situazioni di emergenza-urgenza;
- h. stimolo a soluzioni organizzative innovative e all'attività fisica;
- i. attuare la co progettazione, come previsto dalla L.R. 65/2020, con l'obiettivo di costituire una rete integrata tra Enti pubblici (RSA accreditata) e Enti del terzo settore con reciproci apporti e stimoli.

Strumenti

Promuovere, da parte di Zone, SdS, Comuni, Aziende Sanitarie, un percorso di co-progettazione ai sensi dell'art. 11 della L.R. 65/2020 al fine di realizzare forme di partenariato con gli Enti di Terzo settore del territorio per la definizione e la realizzazione del progetto specifico innovativo e sperimentale, coinvolgendo RSA pubbliche ed in mancanza di queste, RSA private accreditate con stipula di accordi con l'ETS individuato per la coprogettazione.

Il percorso deve prevedere la costituzione di una rete integrata di prestazioni socio sanitarie e assistenziali di media e bassa intensità rivolte alla popolazione anziana con una situazione di fragilità e per la prevenzione della non autosufficienza, individuando nell'ETS individuato e la RSA coinvolta (l'ETS stabilisce rapporti con la RSA individuata e concordata con l'Ente Pubblico) il fulcro della costruzione e gestione integrata di servizi finalizzati a sostenere al proprio domicilio l'anziano fragile, garantendo una risposta assistenziale sempre più adeguata ai bisogni nascenti, personalizzandoli sulle

esigenze della singola persona e andando ad ottimizzare risorse ed opportunità offerte dal territorio.

L'idea centrale è creare un centro servizi al fine di supportare e ampliare l'offerta di servizi con la strutturazione di un intervento di sostegno per le persone anziane sole e le famiglie in una logica di continuità e di integrazione con la residenzialità, per intervenire anche con servizi non residenziali rivolti a quegli anziani che continuano a vivere nella propria abitazione ma sono in condizioni di fragilità

Il progetto sperimentale individua nella metodologia di promozione di reti di supporto comunitario il nucleo centrale e vede il coinvolgimento di tutti gli operatori del sistema socio-sanitario territoriale, pubblici e privati (terzo settore) in co-progettazione.

Caratteristiche del progetto

In relazione all'offerta dei servizi caratterizzanti il progetto, si considera importante declinare questi con una organizzazione che permetta, sia alla persona di recarsi tramite il **"centro servizi"** gestito dall'ETS all'interno della RSA per usufruire di servizi, sia che la RSA possa esportare alcuni servizi specifici, al domicilio dell'anziano. I servizi potenziali attivabili con il progetto e ampliabili secondo le collaborazioni della co-progettazione possono essere:

- fornitura di pasti a domicilio della persona;
- servizi di lavanderia;
- fornitura di personale specializzato per interventi a domicilio della persona;
- servizio di assistenza domiciliare leggera;
- servizi per la cura della persona (comprensivi di bagno/doccia, cura dei piedi e delle mani e parrucchiere);
- servizi di animazione, che potranno avere caratterizzazione temporale e complessità diversa, spaziando nei vari campi in modo da offrire un ventaglio di possibilità che, da una parte, permettano alla persona una scelta quanto più vicina possibile alle proprie necessità ed aspettative e dall'altra un contesto di socializzazione;
- cicli di incontri, laboratori, atelier rivolti a supportare i pazienti e loro familiari di fronte ad alcune patologie più diffuse;
- organizzazione di cicli di incontri e gruppi di sostegno per il benessere e la prevenzione del burn out dei caregiver e loro apprendimento di tecniche assistenziali;
- Attività Fisica Adattata;
- accompagnamento e avvicinamento ai servizi;
- sportelli di informazione e consulenza in collaborazione con il terzo settore.

Alcuni dei servizi offerti nel progetto possono essere attivabili all'interno della RSA partecipante al progetto.

Tali servizi dovrebbero caratterizzarsi non come mera prestazione, ma anche come momento di socializzazione attraverso il contatto della persona con la struttura, il suo personale ed i suoi ospiti; si potrebbe prevedere un momento di accoglienza, momenti di riposo e di gestione delle attese, eventualmente disponibilità di cibi o bevande a seconda dei momenti della giornata.

Target

Persone anziane fragili di età avanzata o molto avanzata esposte al rischio di non autosufficienza per aspetti socio ambientali (condizioni di solitudine e di inadeguata protezione socio ambientale) o per stati di salute instabile (comorbidità), recente ospedalizzazione, politerapia, riduzione del peso, ridotta performance motoria, ridotte abilità IADL, buona autonomia nelle ADL, assenza di importanti disturbi cognitivo-

comportamentali, oppure con una autosufficienza valutata per un massimo di Isogravità, ai sensi della L.R. 66/2008, pari a 1.

Prestazioni

Le prestazioni erogabili dal o dai soggetti del terzo settore sono:

- supporto attivo di persone prive di sostegno familiare e solidale (rete amicale, volontariato, ecc.) e di persone che vivono sole o anche in coppia con il coniuge (o con un congiunto anziano o con handicap), residenti nel Comune di riferimento, tutti i giorni dell'anno.
- accompagnamento e avvicinamento ai servizi
- cicli di incontri, laboratori, atelier rivolti a supportare i pazienti e loro familiari di fronte ad alcune patologie più diffuse

Le prestazioni erogabili dalla struttura RSA sono (a titolo esemplificativo):

- a. partecipazione ad attività di animazione e socializzazione pomeridiana con possibilità di pasto;
- b. partecipazione ad attività di ginnastica di gruppo / AFA, con possibilità di pasto;
- c. servizi di cura della persona (bagno o doccia, cura dei piedi e delle mani, parrucchiere);
- d. servizi di mensa;
- e. servizi di lavanderia;

Per quanto riguarda l'aspetto economico si possono tracciare solo alcune linee generali che potrebbero essere condizionate dal budget disponibile:

- Determinazione di una tariffa certa e calmierata dei vari servizi;
- Gratuità dei servizi più semplici oppure soltanto di quei servizi di accoglienza e ospitalità;
- Valutazione di intervento dei servizi in rapporto alla situazione economica ed a quella di fragilità sociale (con meccanismi da studiare per es. voucher).

Accesso alle prestazioni

L'accesso alle prestazioni comprese nel progetto, disciplinato da un atto regolamentare, può essere previsto sia attraverso:

1. segnalazione da parte del servizio sociale professionale;
2. richiesta diretta da parte del privato cittadino o suo rappresentante.

Monitoraggio

Trattandosi di un progetto innovativo, il monitoraggio risulta essenziale sia per valutare l'efficacia e l'efficienza rispetto alle persone che ne usufruiranno, sia per valutare la sostenibilità delle prestazioni offerte e effettuate all'interno della RSA individuata in termini organizzativi e di personale.

Il coordinamento del progetto dovrà assicurare la raccolta dei dati sulle richieste ricevute e sugli interventi effettuati.

Per quanto riguarda gli interventi realizzati all'interno della residenza, la RSA si doterà di un registro giornaliero delle presenze delle persone accolte nell'ambito del progetto, con indicate le fasce orarie di presenza e una scheda personale con indicate le prestazioni richieste ed erogate.

Ugualmente i gestori degli altri servizi oggetto di co-progettazione dovranno tenere un registro delle prestazioni.

RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e sociosanitaria

Contesto di riferimento: L'emergenza Covid-19 ha evidenziato ulteriormente la necessità di avere, anche in ambito di servizio sociale, un servizio di pronto intervento sociale, pronto e disponibile, h24 verso i crescenti bisogni residenziali di tipo sociosanitario

Esito: indicazioni per l'attuazione del servizio, sulla base delle esperienze già in atto.

La riflessione da parte del Gruppo di lavoro dedicato parte da una traccia sintetizzata nei seguenti punti:

- analisi delle esperienze e delle prassi operative pregresse sull'argomento (Tenda, RITU, POSTI DEDICATI)
- analisi dei dati tracciati dalla centrale operativa SEUS nel periodo 2018-2021
- analisi del fabbisogno e stima in base alle proiezioni DATI COES ai fini della programmazione
- mappatura del processo amministrativo e criticità connesse (incontro congiunto Direzioni aziendali Servizi Sociali e loro delegati con referenti direzioni amministrative)
- identificazione della prassi ideale e analisi delle tappe da seguire per raggiungere il risultato ottimale di risposta al bisogno
- modalità di identificazione della modalità di scelta del posto, la trasparenza del percorso, modalità di retribuzione (manifestazione di interesse, portale?)
- definizione della procedura di accesso in emergenza in RSA
- elementi da tenere in considerazione: posizione dei gestori, tempi di permanenza, modalità di garantire continuità con il percorso ordinario.

Per quanto concerne la programmazione sottesa a questo tipo di risposta, la normativa regionale di riferimento, ovvero la L.R. 40/2005 ss.mm.ii. e la DGR n. 995/2016, prevede che Aziende USL e Società della Salute/Zone Distretto esercitino la funzione di indirizzo e governo.

In questo processo si inserisce la programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale con specifica distribuzione dei livelli di assistenza, inclusa l'offerta per accoglienza in emergenza in coerenza con quanto previsto dal sistema regionale che prevede la diffusione del Servizio di pronto Intervento Sociale (SEUS).

In una ipotesi di avvio del percorso si potranno coinvolgere prioritariamente le strutture a gestione pubblica per l'utilizzo dei posti in emergenza.

Intervento Sociale in urgenza - SEUS

Il Pronto Intervento Sociale (PIS) per la gestione degli interventi relativi alle situazioni di emergenza personali e familiari (art. 22, c. 4, lett. b, legge 328/2000) e come normato dal recente Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 nella realtà toscana si configura come Sistema dell'Emergenza Urgenza Sociale ed è denominato S.E.U.S.

E' un servizio dedicato e specifico che *"si attiva in caso di emergenze urgenze sociali, circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato"*, ed è assicurato 24h/24 per 365 giorni all'anno" .

Le funzioni dal SEUS Regionale sono sintetizzate nella seguente linea di azione:

- raccogliere la segnalazione telefonica alla centrale operativa (COES) da parte dei soggetti abilitati alla segnalazione
- svolgere la prima valutazione professionale
- definire se aprire un intervento in loco o chiudere intervento con orientamento ai servizi in tempi differiti
- garantire assistenza immediata, attraverso le unità locali (UTESS) se valutato necessario intervento in loco
- predisporre un progetto d'aiuto urgente definito nel tempo e negli obiettivi con durata massima 72 h utilizzando le risorse disponibili nel paniere dell'offerta zonale
- segnalare e trasmettere la documentazione relativa agli interventi ai servizi sociali competenti e/o ad altri servizi nel primo momento utile per garantire la continuità della presa in carico a cura dei servizi territoriali competenti.

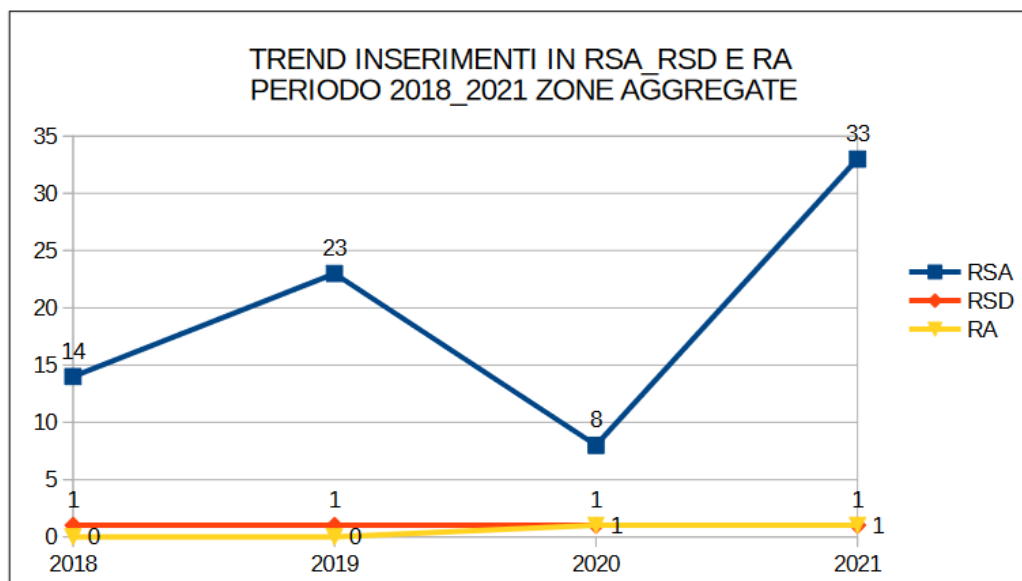
I DATI 2018-2021

Inserimenti in RSA	78
Inserimenti in RSD	4
Inserimenti in RA	1
TOTALE	84

Di cui:

Inserimenti in RSA:

Anno 2018	14
Anno 2019	23
Anno 2020	8
Anno 2021	33
TOTALE	78



L'offerta residenziale RSA in emergenza oggi

Attualmente nei casi in cui sia ritenuto necessario per la persona un inserimento URGENTE presso una struttura RSA:

La Centrale Operativa Emergenza Urgenza (C.O.E.S.) contatta le strutture della tipologia appropriata presenti nella Road Map del territorio dove si manifesta il bisogno, in base alla residenza del cittadino e dunque consultando unicamente la Road Map del territorio di residenza.

L'indicazione di riferirsi unicamente alle strutture del territorio di residenza e dunque attivabili nella specifica road map è relativa al modello attualmente in attuazione per consentire una risposta aderente alle indicazioni della zona e al paniere dell'offerta dichiarato.

***(In alcuni casi, la centrale operativa può procedere ad individuare tramite sito regionale la struttura disponibile, procedendo con il collocamento in emergenza, acquisendo parere preventivo dalla zona per la copertura delle quote sanitaria e sociale)*

Processi organizzativi

Il Gruppo di lavoro non ha potuto approfondire le modalità attuative nelle diverse zone a causa delle moltissime differenze nelle prassi operative. La scelta attuale è quella di seguire la prassi zonale.

In prospettiva occorre identificare un numero di posti dedicati, possibilmente in strutture pubbliche dove il costo giornaliero possa essere individuato al netto del numero dei posti in emergenza, in modo tale che questo gravi sui costi generali e possa essere retribuito solo in caso di utilizzo.

In alternativa i posti in emergenza possono essere individuati nei futuri moduli dedicati alla permanenza residenziale temporanea, in modo tale da programmare una alternanza tra ingressi e uscite che consentano sempre uno o più posti liberi tutti i giorni.

Fisiologicamente può manifestarsi, tra una uscita e un successivo ingresso, la sussistenza di uno o più posti liberi per uno o più giorni, ma se questo fenomeno viene strutturato e governato, può generare disponibilità giornaliera di posti letto.

In alternativa potrebbero essere individuate altre opzioni per le strutture affidate in gestione a terzi, come inserire un posto letto in emergenza nel capitolato di gara o promuovere manifestazioni di interesse per reperire soggetti disposti a erogare il servizio a valore forfetario.

Protocollo per garantire la continuità

L'inserimento in urgenza dovrà essere valutato secondo la prassi ordinaria entro le 24/72 ore a cura della UVM competente e non può trasformarsi automaticamente in inserimento temporaneo o permanente nello stesso posto letto che deve essere liberato per la disponibilità successiva.

Il progetto elaborato ha un inizio e una fine chiara e il progetto in continuità o discontinuità è a cura dell'UVM competente.

La valutazione in regime di emergenza/urgenza esprime un progetto di intervento mono professionale con decorrenza e conclusione definita entro massimo 72 ore e prevede un passaggio ai servizi del territorio e un progetto di continuità elaborato in via ordinaria.

Monitoraggio finanziario e dell'evoluzione del sistema

La Regione Toscana si impegna a verificare costantemente le condizioni di sostenibilità finanziaria del sistema dei servizi alla luce delle dinamiche demografiche e della ricognizione della domanda.

In particolare procederà al monitoraggio dell'attuazione delle attività di competenza delle Aziende sanitarie, propedeutiche alla messa a regime delle azioni previste dal presente documento, in materia di programmazione e governance del sistema.

Al fine di garantire appropriatezza ed equità di accesso nonché omogeneità di offerta dei servizi, proseguiranno il monitoraggio dell'aggiornamento dei Regolamenti zonali di accesso ai servizi sociosanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità e la mappatura della richiesta di realizzazione di nuove strutture residenziali sul territorio regionale.

