Pubblicato in, www.grusol.it

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI PESARO E URBINO

n. 370 del 24 marzo 2025

Oggetto: **Accordi tra AST Pesaro e Urbino e le strutture R2.2 nell'ambito della residenzialità extraospedaliera. Anni 2023/2024.**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale e dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

VISTE le attestazioni dei Dirigenti/Responsabili dell'UOC URP –Comunicazioni –Servizi amministrativi Territoriali della UOC Controllo di Gestione e della UOC Contabilità, Bilancio e Finanze in riferimento alla spesa contenute nel "visto contabile";

DETERMINA

1. Di prendere atto della DGRM 1450 del 30/09/2024 e della circolare del Dipartimento Salute della Regione Marche prot.n. 0008045|03/01/2025|R_MARCHE|GRM|SALU|P|500/2024/SALU/71 avente ad oggetto proroga del termine per la presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio sanitarie pubbliche e private, con le quali è stato stabilito che il termine ultimo per la presentazione dell'istanza di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali al SUAP/comune competente, secondo quanto previsto dai manuali di autorizzazione è prorogato al 31/12/2025. Pertanto per le strutture di cui sopra, nelle more della conclusione del procedimento di autorizzazione all'esercizio secondo i requisiti previsti dai nuovi manuali, rimangono in vigore gli atti autorizzativi e di accreditamento istituzionali in essere, compresi i convenzionamenti in essere con il SSR allo scopo di garantire la continuità dei servizi nell'interesse dei cittadini;

2. di approvare, in attesa della conclusione delle procedure di accreditamento, gli accordi con le strutture insistenti sul territorio di AST Pesaro e Urbino per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera, come da tabella (allegato A) contenente l'elenco delle strutture da convenzionare, comprensivo del numero massimo dei posti attribuiti a ciascuna struttura e del valore massimo della quota sanitaria per gli anni 2023/2024,

3. di prendere atto della cessione di ramo d'azienda dal Consorzio Sociale Villa Fastiggi alla società Maria Cecilia hospital Pesaro srl con decorrenza 03 maggio 2023, della struttura denominata "Residenza Cives cure residenziali–Villa Fastiggi" per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale ad anziani non autosufficienti e livello assistenziale R2.2;

4. di prendere atto della comunicazione della Società Maria Cecilia hospital di sospensione dell'attività a far data dal 29/03/2024 confermando di voler mantenere i posti letto residenziali a completamento

degli ulteriori posti letto per acuti come previsto nel progetto di riqualificazione funzionale per la realizzazione della nuova attività ospedaliera il cui iter autorizzativo è in corso di approvazione.

5. di prendere atto della comunicazione dell'Associazione Cante di Montevecchio della sospensione temporanea dell'attività con decorrenza 15 maggio 2024, dovuta alla necessità di eseguire gli adeguamenti strutturali, dei locali ospitanti i 20 PL di RSA, come previsti dai nuovi manuali di autorizzazione ai sensi della LR 21/2016 e della DGR 1412/2023.

6. di approvare, gli schemi di convenzione con le strutture di seguito elencate:

- Residenza Cives Cure Residenziali – Villa Fastiggi di Pesaro (PU) codice ORPS 604800, dal 01/01/2023 al 02/05/2023;
- Residenza Cives - Maria Cecilia Hospital di Pesaro codice ORPS 604800, dal 03/05/2023;
- RSA Giovanni di Bari di Fano (PU) codice ORPS 603492;
- RSA Montefeltro di Urbino (PU) codice ORPS 603502;
- RSA Casa Argento di Fossombrone (PU) codice ORPS 600346;

alle condizioni e con le modalità specificate di cui agli allegati B-C-D-E-F al presente atto di cui ne formano parte integrante e sostanziale;

7. di attestare che:

- per l'anno 2023, la spesa contabilizzata corrisponde ad €. 2.992.211,48 e risulta essere la somma dell'importo fatturato da ogni struttura per le giornate di degenza effettivamente utilizzate. La stessa è stata registrata nel bilancio 2023 al conto economico 0505100107 *Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane* come da Determina del direttore Generale AST n.662/2024 "approvazione Bilancio d'esercizio 2023 dell'AST di Pesaro e Urbino.

- Per l'anno 2024 la spesa contabilizzata corrisponde ad €.2.050.236,80 considerando un tasso di utilizzo ridotto, per le motivazioni addotte nel documento istruttorio, e risulta essere la somma fatturata da ogni struttura per le giornate di degenza effettivamente utilizzate. La stessa è stata registrata nel bilancio 2024 al conto economico 0505100107 "*Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane"* come da Determina del direttore Generale AST n. 803 del 27/06/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Modifica integrazione determina n.89/2024".

8. di nominare quale Responsabile del Procedimento il Dott. Claudio Montalbini e quali Responsabili dell'esecuzione dei contratti, il Direttore del Distretto di Pesaro per la RSA Cives, il Direttore del Distretto di Fano per la RSA Giovanni di Bari e per la RSA Casa Argento, il Direttore del Distretto di Urbino per la RSA Montefeltro;

9. di precisare che questa Azienda si riserva di modificare, integrare, revocare anche parzialmente i contenuti del presente atto, qualora intervenissero modifiche normative di riferimento;

10. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo *on line* aziendale;

11. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'ex art.3-ter d.Lgs.502/1992 e ss.mm.ii.

Il Direttore Generale

(Dr. Alberto Carelli)

per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo	Il Direttore Sanitario	Il Direttore Socio-Sanitario
(Matteo Biraschi)	*(Edoardo Berselli)*	*(Nazzareno Firmani)*

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

U.O.C. URP Comunicazione Servizi Amministrativi Territoriali

Normativa di riferimento

- D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 *n. 421* ";
- L.R. n. 20 del 16.3.2000 *"Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e ss.mm.ii";*
- D.G.R.M. n. 1011 del 09.07.2013 *"Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semi residenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale";*
- D.G.R M. n. 1195 del 02.08.2013 *"Determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale";*
- D.G.R.M. n. 1331 del 25.11.20 14 *"Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - Modifica della DGR 1011/2013";*
- D.G.R.M. n. 289 dello 09.04.2015 *"Piano Regionale Socio Sanitario 2010 -2014 -Fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale";*
- D.G.R. M. n. 139 del 22.02.2016 "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013";
- Legge regionale n. 21 del 30.09.2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati;
- D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". (GU n.65 del 18/3/2017. Suppl. Ordinario n. 15);
- DGRM n. 1105 del 25.09.2017 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 -DGR 289/15 - Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extra-ospedaliera, socio-sanitaria e sociale";
- Regolamento Regionale n.1 del 1 febbraio 2018 "Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'art 7 do. 3 della legge regionale 21/2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati";
- DG ASUR n.507/2017 "Procedura fornitura farmaci, presidi e materiale sanitario alle residenze sanitarie assistenziali, alle residenze sanitarie demenze, alle residenze protette per anziani ed alle residenze protette demenze convenzionate con ASUR;
- D.Lgs. n.101/2018 disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento(UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali personali,

nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

- DGRM n. 1115 del 06/08/2018 "Servizi integrati delle aree: sanitaria extraospedaliera, sociosanitaria, sociale: istituzione di tavolo permanente di consultazione con Enti gestori; cronoprogramma interventi; prime disposizioni operative"
- DGRM n. 128 del 13.02.2019 "Avvio delle progettualità ''prioritarie'' di cui al punto 4, lettera c), quarto linea/capoverso della DGR 1105/17 "Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 -DGR 289/15 -Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale";
- DGRM n. 875 del 22.07.2019 "DGR 128/2019 – "Presentazione progettualità prioritarie scadenza 31/03/2019: adempimenti connessi";
- DGRM n. 1539 del 6/12/2019 "Residenzialità e Semiresidenzialità territoriale. Sviluppo operativo regionale di integrazione dell'attuale offerta".
- DGRM n.1269 del 05/08/2020 "Incremento dell'offerta convenzionabile nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D)".
- Determina DG Asur n. 533 del 5/10/2020 "DGRM 1269/2020 - Approvazione del Piano di convenzionamento per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2 e R2D) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera– Anno 2020"
- Determina DG Asur n.602/2020 Avente ad oggetto: DGRM 1269/2020- determina DG/ASUR n. 533/2020. Piano di convenzionamento AV1 per le strutture R2.2 nell'ambito della residenzialità extraospedaliera. 01/10-31/12/2020.
- DG ASUR n.526 del 04/08/2021: Piano di convenzionamento AV1 per le strutture r2.2 nell'ambito della residenzialità extraospedaliera. Anno 2022.
- L.R. 8 agosto 2022 n.19: Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.
- DGRM 1851 del 30/12/2022: L.R. n. 19 del 08/08/2022. - Autorizzazione agli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2023.
- DGRM n. 1194 del 03/08/2020 "Art. 3, comma 1, lettera b) della L.R. n. 21 del 2016: Disciplina del termine di presentazione della domanda di autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art. 7 commi 1 e 2 della L.R. 21/2016 e disposizioni relative all'adeguamento ai nuovi requisiti di autorizzazione; integrazione delle DDGR n. 1571/2019, n. 1573/19, n. 1669/2019, n. 937/2020 e n. 938/2020";
- D.M. del Ministero della Salute del 26 settembre 2023: *"Proroga dei termini di cui all'art.5, comma 1, del decreto 19 dicembre 2022, concernente valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie";*
- DGRM n. 1411 30/09/2023: recante ad oggetto "*L.R. n. 21/2016 - Disciplina del termine di presentazione della domanda di autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art. 7 commi 1 e 2 della L.R. 21/2016 – Modifica della DGRM n. 1194/2020 e della DGRM n. 1047/2022";*
- DGRM n.1412 del 30/09/2023 recante ad oggetto "*L.R. n. 21/2016* - "aggiornamento del manuale di autorizzazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DGRM n. 937/2020 e n. 938/2020;
- DGRM n. 1950 del 12/12/2023 recante ad oggetto:" modifica alla DGRM n.1331/2014- residenze protette per anziani non autosufficienti (R3) e per anziani affetti da demenza (R3D) - adeguamento tariffario per le tipologie R3 e R3D per effetto della rivalutazione monetaria in base all'indice ISTAT FOI;
- Determina del Direttore generale AST Pesaro e Urbino n. 1550/2023: "Bilancio economico preventivo per l'anno 2023. Budget anno 2023. Bilancio di previsione pluriennale 2023-2025. Adozione.";
- Determina del Direttore Generale AST n. 662/2024 **"**Approvazione Bilancio d'esercizio 2023 della AST di Pesaro e Urbino";
- Determina del Direttore Generale n. 89 del 31/01/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Adozione";
- Determina del Direttore generale n. 803 del 27/06/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Modifica integrazione determina n.89/2024".
- DGRM n. 1450 del 30/09/2024 " Discipilna del termine di presentazione della domanda di autorizzazione all'

esercizio delle strutture di cui all' art.7 commi 1 e 2 della L.R. 21/2016_ Modifica della DGR 1411/2023.

- Circolare del dipartimento Salute n. 85714|01/10/2024|AST-PU|PROAV1|A

Motivazione

Dalle analisi demografiche del territorio è emerso, conformemente al trend nazionale, un crescente invecchiamento della popolazione causata, da un lato da progressivi incrementi della speranza di vita e dall'altro dalla riduzione dei livelli di fecondità tra i più bassi al mondo.

L'azione combinata di questi due processi ha avuto l'effetto di trasformare sensibilmente la struttura per età della popolazione italiana, determinando un progressivo rafforzamento delle proporzioni di individui anziani ed un calo della percentuale di giovani. Il costante incremento di patologie croniche degenerative a seguito del progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato la crescita del numero di persone non autosufficienti, non sempre trattabili utilmente in ambito ospedaliero con la conseguente necessità di una residenzialità come quella di specie (R2.2 e R2D).

L'AST Pesaro e Urbino, non potendo far fronte esclusivamente con le proprie strutture a tali crescenti bisogni, si è già convenzionata negli anni precedenti con altri soggetti gestori di residenzialità per anziani per l'erogazione di assistenza sanitaria a pazienti non autosufficienti. Nel perdurare di tale situazione e delle criticità sopra esposte si ha necessità di rinnovare per l'anno 2023 e 2024 gli accordi con le seguenti strutture:

- **RSA Montefeltro** situata a Urbino (PU) via G. Di Vittorio,14-codice ORPS 603502 di cui è titolare e gestore COOSS MARCHE Soc. Coop. p.a. Onlus – Ancona, accreditata dalla Regione Marche con decreto n. 127 del 23/04/2018 e successivamente autorizzata in base alla L.R. 21/2016 con provvedimento del comune di Urbino n. 114 del 04/09/2023 per 40 pl,;
- **RSA Casa Argento** situata a Fossombrone in Via Saffi n.2, codice ORPS 600346 di cui è titolare e gestore ABITARE IL TEMPO srl, Via San Francesco snc Loreto (AN), accreditata con Decreto Dirigenziale Regionale n. 381/ACR del 23/10/2015, è stato rinnovato l'accreditamento per l'erogazione di prestazioni di residenze sanitarie assistenziali per n.40 posti letto.
- **RSA Giovanni di Bari** situata a Fano in Via Oberdan codice ORPS 603492 di cui è titolare e gestore l'Associazione Cante di Montevecchio Onlus Via Francesco Palazzi,5 Fano (PU) accreditata con decreto P.F. accreditamenti n. 126 del 17/03/2016 per n.18 posti letto.
- **RSA CIVES Villa Fastiggi** situata a Pesaro (PU) Piazza Tarquinio Provini,1/2-codice ORPS 604800
  - gestita dal Consorzio Sociale Villa Fastiggi fino al 02/05/2023;
  - gestita dalla Società Maria Cecilia Hospital di Pesaro s.r.l. a decorrere dal 03 maggio 2023 che ha assunto le funzioni gestionali per effetto del provvedimento di autorizzazione del Comune di Pesaro n. 0056109 del 03/05/2023, in seguito a cessione del Ramo d'azienda alla stessa da parte del consorzio Villa Fastiggi, per l'esercizio dell'attività socio-sanitaria per l'erogazione di prestazioni residenziali, per n.53 posti letto tipologia R2.2/RS2.

In seguito con nota del 22 maggio 2024, la Società Maria Cecilia hospital ha comunicato la momentanea sospensione dell'attività a far data dal 29/03/2024, confermando di voler mantenere i posti letto residenziali a completamento degli ulteriori posti letto per acuti come previsto nel progetto di riqualificazione funzionale per la realizzazione della nuova attività ospedaliera il cui iter autorizzativo è in corso di approvazione.

Altresi, l'Associazione Cante di Montevecchio, in qualità di gestore della RSA Giovanni di Bari con nota del 19 aprile 2024, ha comunicato la sospensione temporanea dell'attività con decorrenza 15 maggio 2024, dovuta alla necessità di eseguire gli adeguamenti strutturali, dei locali ospitanti i 20

PL di RSA, come previsti dai nuovi manuali di autorizzazione ai sensi della LR 21/2016 e della DGR 1412/2023.

In tale contesto, viene applicata la DGRM n.1331/2014, prorogata con DGRM n.1588/2017, con la quale sono state adeguate le tariffe delle strutture residenziali e semi residenziali secondo i nuovi parametri economici ed assistenziali previsti dalla normativa regionale.

A seguito di dichiarazioni acquisite agli atti e fatte salve le verifiche e controlli di competenza di questa AST, le strutture prevedono i seguenti standards assistenziali in coerenza a quelli previsti per le RSA per anziani non autosufficienti e le RSA demenze (codice R2.2):

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	**Denominazione Struttura**	**Quota SSR (€)**	**Quota Compartecipazione Utente/Comune**	**Quota Totale (€)**	**Profilo**	**Standard Assistenziali (a)** .	**Note applicative**
Cure Residenziali Estensive R2.2	**RSA**	**80,50**	**42,50**	**123,00**	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristi	▪ Assistenza medica **(1)**: 100 min/die ogni 20 p.l. ▪ Assistenza globale **(2)**: almeno 140m/die per ospite di cui: ▪ Assistenza infermieristica **(3):** 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24) ▪ OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24) ▪ Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite ***(1)****L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico* ***(2)*** *L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da*	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA per anziani non autosufficienti (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)

					co, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	*infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.* ***(3)*** *L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.*	

La tariffa corrispondente agli standard sopra indicati così come indicata dalla DGRM 1331/2014, corrisponde ad **€ 123,00** e verrà interamente corrisposta dall'AST Pesaro e Urbino, per i primi 60 giorni di degenza mentre, dal 61°, si procederà ad una compartecipazione alla spesa nella misura seguente:

- **€.80,50** a carico dell'Area Vasta 1;
- **€.42,50** a carico dell'utente, (sono escluse da detta retta le prestazioni aggiuntive che costituiscono esclusivo miglioramento del confort alberghiero o prestazione extra accreditamento a richiesta del paziente che sono a carico esclusivamente del paziente).

Al riguardo delle tariffe, si cita la nota n.607097 del 2/9/2015 del Servizio Sanità della Regione Marche ove è precisato che le tariffe della DGR n.1331/2014 sono da intendersi escluse da IVA che viene quindi applicata in aggiunta solo se e in quanto dovuta.

Pertanto il costo connesso all'esecuzione del presente atto risulta così determinato:

•Per l'anno 2023, la spesa contabilizzata corrisponde ad €. 2.987.828,00 e risulta essere la somma dell'importo fatturato da ogni struttura per le giornate di degenza effettivamente utilizzate. La stessa è stata registrata nel bilancio 2023 al conto economico "0505100107 acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziane come da Determina del Direttore Generale AST n. 662/2024 "Approvazione Bilancio d'esercizio 2023 della AST di Pesaro e Urbino";

• Per l'anno 2024 la spesa contabilizzata corrisponde ad €. 2.050.236,80 considerando un tasso di utilizzo ridotto, per le motivazioni addotte nel documento istruttorio, e risulta essere la somma fatturata da ogni struttura per le giornate di degenza effettivamente utilizzate. La stessa è stata registrata nel bilancio 2024 al conto economico 0505100107 "*Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane"* come da Determina del direttore Generale AST n. 803 del 27/06/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Modifica integrazione determina n.89/2024".

Nello specifico dell'AST Pesaro e Urbino, il quadro di sintesi dei posti letto assegnati comprensivo del valore teorico massimo della quota sanitaria assegnata su base annua, viene riportato nella seguente tabella:

Tipologia	Codice ORPS	Denominazione	Ente gestore	Distretto	n. PL accreditati	n. PL convenzionati	Spesa contabilizzata 2023	Spesa contabilizzata 2024
R2.2	604800	RESIDENZA CIVES- VILLA FASTIGGI-	CONSORZIO SOCIALE VILLA FASTIGGI- COOPERATIVA SOCIALE	Pesaro	60	53	342.583,00	0,00
		RESIDENZA CIVES- VILLA FASTIGGI	MARIA CECILIA HOSPITAL PESARO SRL	Pesaro			438.702,00	76.622,50
R2.2	603492		ASSOCIAZIONE CANTE DI	Fano	20	18	532.159,15	208.594,50

		RSA GIOVANNI DI BARI	**MONTEVECCHIO**					
R2.2	**603502**	**RSA MONTEFELTRO**	**COOSS MARCHE**	**Urbino**	**40**	**40**	**769.837,45**	**670.127,35**
R2.2	**600346**	**RSA CASA ARGENTO**	**ABITARE IL TEMPO SRL**	**Fossombrone**	**40**	**40**	**904.546,40**	**1.094.892,45**
						131	**2.987.828,00**	**2.050.236,80**

Si attesta la regolarità amministrativa del presente atto

Esito dell'istruttoria:

Premesso e considerato quanto sopra, si propone al Direttore Generale l'adozione della seguente determina:

1. Di prendere atto della DGRM 1450 del 30/09/2024 e della circolare del Dipartimento Salute della Regione Marche prot.n. 0008045|03/01/2025|R_MARCHE|GRM|SALU|P|500/2024/SALU/71 avente ad oggetto proroga del termine per la presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio sanitarie pubbliche e private, con le quali è stato stabilito che il termine ultimo per la presentazione dell'istanza di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali al SUAP/comune competente, secondo quanto previsto dai manuali di autorizzazione è prorogato al 31/12/2025. Pertanto per le strutture di cui sopra, nelle more della conclusione del procedimento di autorizzazione all'esercizio secondo i requisiti previsti dai nuovi manuali, rimangono in vigore gli atti autorizzativi e di accreditamento istituzionali in essere, compresi i convenzionamenti in essere con il SSR allo scopo di garantire la continuità dei servizi nell'interesse dei cittadini;

2. di approvare, in attesa della conclusione delle procedure di accreditamento, il Piano di Convenzionamento di AST Pesaro e Urbino per il setting assistenziale estensivo dedicato a persone non autosufficienti (R2.2) nell'ambito della residenzialità sanitaria extra ospedaliera, contenente l'elenco delle strutture da convenzionare, comprensivo del numero massimo dei posti attribuiti a ciascuna struttura e del valore massimo della quota sanitaria di cui allegato A) al presente atto che ne forma parte integrante e sostanziale, per gli anni 2023/2024,

3. di prendere atto della cessione di ramo d'azienda dal Consorzio Sociale Villa Fastiggi alla società Maria Cecilia hospital Pesaro srl con decorrenza 03 maggio 2023, della struttura denominata "Residenza Cives cure residenziali–Villa Fastiggi" per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale ad anziani non autosufficienti e livello assistenziale R2.2con decorrenza 03 maggio 2023;

4. di prendere atto della successiva comunicazione della Società Maria Cecilia hospital di sospensione dell'attività a far data dal 29/03/2024 confermando di voler mantenere i posti letto residenziali a completamento degli ulteriori posti letto per acuti come previsto nel progetto di riqualificazione funzionale per la realizzazione della nuova attività ospedaliera il cui iter autorizzativo è in corso di approvazione.

5. di prendere atto della comunicazione dell'Associazione Cante di Montevecchio della sospensione temporanea dell'attività con decorrenza 15 maggio 2024, dovuta alla necessità di eseguire gli adeguamenti strutturali, dei locali ospitanti i 20 PL di RSA, come previsti dai nuovi manuali di autorizzazione ai sensi della LR 21/2016 e della DGR 1412/2023.

6. di approvare, gli schemi di convenzione con le strutture di seguito elencate:

- Residenza Cives Cure Residenziali – Consorzio Villa Fastiggi di Pesaro (PU) codice ORPS 604800, dal 01/01/2023 al 02/05/2023;
- Residenza Cives - Maria Cecilia Hospital di Pesaro codice ORPS 604800 dal 03/05/2023;
- RSA Giovanni di Bari di Fano (PU) codice ORPS 603492;
- RSA Montefeltro di Urbino (PU) codice ORPS 603502;
- RSA Casa Argento di Fossombrone (PU) codice ORPS 600346;

alle condizioni e con le modalità specificate di cui agli allegati B-C-D-E-F al presente atto di cui ne formano parte integrante e sostanziale;

7. di attestare che:
- per l'anno 2023, la spesa contabilizzata corrisponde ad €. 2.987.828,00 e risulta essere la somma dell'importo fatturato da ogni struttura per le giornate di degenza effettivamente utilizzate . La stessa è stata registrata nel bilancio 2023 al conto economico 0505100107 *Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane* come da Determina del direttore Generale AST n.662/2024 "approvazione Bilancio d'esercizio 2023 dell'AST di Pesaro e Urbino.

- Per l'anno 2024 la spesa contabilizzata corrisponde ad €. 2.050.236,80 considerando un tasso di utilizzo ridotto, per le motivazioni addotte nel documento istruttorio, e risulta essere la somma fatturata da ogni struttura per le giornate di degenza effettivamente utilizzate. La stessa è stata registrata nel bilancio 2024 al conto economico 0505100107 "*Acquisto di prestazioni residenziali alle persone anziane"* come da Determina del direttore Generale AST n. 803 del 27/06/2024 "Bilancio economico preventivo per l'anno 2024. Budget anno 2024. Bilancio di previsione pluriennale 2024-2026. Modifica integrazione determina n.89/2024".

8. di nominare quale Responsabile del Procedimento il Dott. Claudio Montalbini e quali Responsabili dell'esecuzione dei contratti, il Direttore del Distretto di Pesaro per la RSA Cives, il Direttore del Distretto di Fano per la RSA Giovanni di Bari e per la RSA Casa Argento, il Direttore del Distretto di Urbino per la RSA Montefeltro;

9. di precisare che questa Azienda si riserva di modificare, integrare, revocare anche parzialmente i contenuti del presente atto, qualora intervenissero modifiche normative di riferimento;

10. di dare atto che, a norma dell'art. 39, comma 8, della L.R. 19/2022, la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'Albo on line aziendale;

11. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'ex art.3-ter d.Lgs.502/1992 e ss.mm.ii.

Si richiede la pubblicazione all'*Albo on line*:

[X] INTEGRALE comprensiva degli allegati

Il Responsabile del procedimento
Il Dirigente U.O.C. URP Comunicazione
Servizi Amministrativi Territoriali
(*Dott. Claudio Montalbini)*

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

- Allegato A
- Allegati B-C-D-E-F Schemi di convenzione;
- nomina responsabile trattamento dei dati

Allegato A

Tipologia	Codice ORPS	Denominazione	Ente gestore	Distretto/ Comune	N. Posti letto accreditati	Numero complessivo posti letto convenzionati	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024
R2.2	604800	**RESIDENZA CIVES CURE RESIDENZIALI - VILLA FASTIGGI**	CONSORZIO SOCIALE VILLA FASTIGGI dal 01/01/2023 al 02/05/2023	Pesaro	60	53	**342.583,00**	**0,00**
R2.2	604800		MARIA CECILIA HOSPITAL PESARO SRL Dal 03/05/2023 al 31/12/2024	Pesaro			**438.702,00**	**76.622,50**
R2.2	**603502**	**RSA MONTEFELTRO**	COOSS MARCHE	Urbino	40	40	**769.837,45**	**670.127,35**
R2.2	603492	**RSA GIOVANNI DI BARI**	ASSOCIAZIONE CANTE DI MONTEVECCHIO	Fano	20	18	**532.159,15**	**208.594,50**
R2.2	600346	**RSA CASA ARGENTO**	ABITARE IL TEMPO	Fossombrone	40	40	**904.546,40**	**1.094.892,45**
					160	151	**2.987.828,00**	**2.050.236,80**

Allegato B

Villa Fastiggi Consorzio Sociale
Pesaro
RSA CIVES VILLA FASTIGGI

AST
Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino

ACCORDO PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA
"CIVES VILLA FASTIGGI"

TRA

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro e Urbino) cod. fisc. e partita IVA: 02789340417, con sede legale in Piazzale Cinelli,4 – 61121 Pesaro, nella persona del Legale Rappresentante Direttore Generale, Dott. Alberto Carelli

E

VILLA FASTIGGI CONSORZIO SOCIALE - Società Cooperativa Sociale C.F. P.IVA 02654660410 con sede legale in Pesaro, in qualità di titolare della Residenza Sanitaria Villa Fastiggi, situata in Pesaro – Loc. Villa Fastiggi Piazza Tarquinio Provini, 1-2, nella persona del Legale Rappresentante.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "CIVES VILLA FASTIGGI" codificata ORPS 604800 ed accreditata con Decreto P.F. Accreditamenti n.40 del 12/03/2020 per n.60 posti letto tipologia R2.2/RS2.
Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST, **n. 53 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.
In particolare la convenzione regola:
le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
la dotazione del personale,
la spesa annua massima a carico del SSN,

Art. 2 – FINALITA'

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.
È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.
Sono previsti:
Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).
Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:
Anziani con forme cronico – degenerative: anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di parkinson, vascolopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale) che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in

ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.
Anziani con forme di demenza: anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.
Adulti disabili: ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.
Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:
Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;
Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;
Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE
Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire dal:
- Domicilio
- struttura sanitarie extra ospedaliera intensiva ed estensiva
- struttura ospedaliera, sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni ospedaliere
- struttura riabilitativa regionale o extra regionale
- strutture di Cure Intermedie

L'**ammissione** degli ospiti avviene presentando domanda formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:
Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera ove esistente NDP)
Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale
Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa del Distretto in base al comune di residenza dell'utente tramite il Sistema Informatizzato della Rete Territoriale -SIRTE- percorso Residenzialità adottato nella Regione Marche ad esclusione delle strutture extraregionali e/o di quei soggetti che, non essendo inseriti istituzionalmente nel sistema, utilizzeranno la modalità cartacea in uso.
L'ammissibilità della persona al setting Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti e per persone con demenze, sarà confermata dall'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.) attraverso una valutazione multidimensionale che stabilisce il Piano Assistenziale Integrato (PAI) e la definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi.

L'**ammissione** è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.
La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel PAI predisposto dall'U.V.I.
È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.
Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall'UVI , anche i residenti nei comuni non afferenti all'AV1 o provenienti da altra regione.
In questi casi sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'Area Vasta o ASL di residenza del soggetto preso in carico.

La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.
Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).
È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengono problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.
Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.
La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.
Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di

ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.
L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.
La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.
Il periodo di permanenza in R.S.A. può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente.

Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI
L'AST definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.
Le attività sanitarie che si svolgono nelle R.S.A. devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.
Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'AST, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.
Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'AST e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:
La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo della attività delle R.S.A.;
Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:
devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di rieducazione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;
devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;
deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.
Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.
Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:
soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.
Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.
Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell' AST, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015 e DG ASUR n.507/2017:

- Fornitura presidi protesici personalizzati,
- Assistenza del Medico di MG,
- Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
- Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
- Altri presidi prescritti dall'UVI,
- Visite specialistiche es esami diagnostici,
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
- Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall'Area Vasta 1 secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il Responsabile Sanitario della R.S.A. definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispone la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.
La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.

Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI

Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:

l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilizzazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;

le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;

il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE

Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.

In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:

- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'AST, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'AST e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate secondo le disposizioni ASUR di cui alla nota DG prot.n.37095/2020 **Sistema Informativo delle Rete del Territorio SIRTE** in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'AST per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA

La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.

Competono all'AST, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.

Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	Denominazione Struttura	Profilo	Standard Assistenziali (a) .

Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l. Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24) OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24) Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite *(1)L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico* *(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.* *(3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.*

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.
Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.
Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.
La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica.
La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.
Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.
Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.
Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA
Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST – **n. 53 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.
Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.
Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:
la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale AST nel quale saranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.nel momento in cui si crea la

disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e così di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità;
copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'AST.
La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa AST potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre AST e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

ART. 10 - TARIFFA GIORNALIERA
Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in **€ 123,00** pro capite/die + IVA se ed in quanto dovuta.
I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'AST di Pesaro e Urbino.
È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta alberghiera viene addebitata all'utente dal primo giorno.
Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:
€ 80,50 a carico dell'AST (quota sanitaria),
€ 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera),

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.
Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.
Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 53 pl convenzionati.
In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "*giornata per camera mortuaria"*.
La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AST – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO
Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.
In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.
In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'AST si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

ART.12 -PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
1. Con questa convenzione l'AST di ai sensi e per gli effetti del Regolamento (U.E) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio "Regolamento generale sulla protezione dei dati" , e tenuto conto del regolamento generale sulla protezione dei dati, individua il Legale Rappresentante della struttura firmataria del presente accordo quale Responsabile esterno del trattamento dati di cui la Struttura stessa possa venire a conoscenza nell'espletamento delle sue funzioni istituzionali/professionali ed in relazione all'attività di collaborazione svolta con l'AST, affidandogli contestualmente i compiti previsti previsto dalla normativa in vigore e dai successivi atti di applicazione che dovessero intervenire durante la vigenza del presente accordo.
2. Le parti firmatarie sottoscrivono, altresì, l'allegato Accordo per la nomina a Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 20 del Regolamento organizzativo privacy aziendale.

ART. 13 – DURATA
La presente convenzione ha validità **dal 01/01/2023 al 02/05/2023.**
Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

Art. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO

Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione delle stesse, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

Art. 15 – NORMATIVA
Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

Art. 16 – REGISTRAZIONE
La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.
Pesaro

RSA CIVES VILLA FASTIGGI"
Il Legale Rappresentante

Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino
Il Direttore

Allegato C

Associazione Cante di Montevecchio onlus Fano (PU) RSA Giovanni di Bari

AST Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro e Urbino

ACCORDO PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "GIOVANNI DI BARI"

TRA

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro e Urbino) cod. fisc. e partita IVA: 02789340417, con sede legale in Piazzale Cinelli,4 – 61121 Pesaro, nella persona del Legale Rappresentante Direttore Generale, Dott. Alberto Carelli

E

ASSOCIAZIONE CANTE DI MONTEVECCHIO onlus C.F. P.IVA 00824500417 con sede legale in Fano (PU), Via Francesco Palazzi n.5, in qualità di titolare della **Residenza Sanitaria Giovanni di Bari**, situata in Fano (PU), Via Oberdan, nella persona del Legale Rappresentante.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "Residenza Sanitaria Giovanni di Bari" codificata ORPS 603492 ed accreditata con Decreto P.F. Accreditamenti n.126 del 17/03/2016 per n.20 posti letto.
Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST Pesaro e Urbino, **n. 18 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.
In particolare la convenzione regola:
le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
la dotazione del personale,
la spesa annua massima a carico del SSN,

Art. 2 – FINALITA'

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.
È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.
Sono previsti:
Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).
Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:
Anziani con forme cronico – degenerative: anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di parkinson, vascolopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale) che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le

conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.
Anziani con forme di demenza: anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.
Adulti disabili: ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.
Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:
Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;
Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;
Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE
Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire da:
- Domicilio.
- struttura sanitarie extra ospedaliera intensiva ed estensiva
- struttura ospedaliera, sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni ospedaliere
- struttura riabilitativa regionale o extra regionale
- strutture di Cure Intermedie

L'**ammissione** degli ospiti avviene presentando domanda formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:
Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera ove esistente NDP)
Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale
Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa del Distretto in base al comune di residenza dell'utente tramite il Sistema Informatizzato della Rete Territoriale -SIRTE- percorso Residenzialità adottato nella Regione Marche ad esclusione delle strutture extraregionali e/o di quei soggetti che, non essendo inseriti istituzionalmente nel sistema, utilizzeranno la modalità cartacea in uso.
L'ammissibilità della persona al setting Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti e per persone con demenze, sarà confermata dall'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.) attraverso una valutazione multidimensionale che stabilisce il Piano Assistenziale Integrato (PAI) e la definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi.

L'**ammissione** è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.
La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel PAI predisposto dall'U.V.I.
È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.
Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall'UVI , anche i residenti nei comuni non afferenti all'AST o provenienti da altra regione.
In questi casi sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'AST o ASL di residenza del soggetto preso in carico.

La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.
Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).
È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengono problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.
Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.
La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.

Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg. oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.
L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.
La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.
Il periodo di permanenza in R.S.A. può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente.

Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI
L'AST definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.
Le attività sanitarie che si svolgono nelle R.S.A. devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.
Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'AST, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.
Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'AST e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:
La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo della attività delle R.S.A.;
Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:
devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di rieducazione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;
devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;
deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.
Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.
Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:
soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.
Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.
Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell' AST, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015:
Fornitura presidi protesici personalizzati,
Assistenza del Medico di MG,
Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
Altri presidi prescritti dall'UVI,
Visite specialistiche es esami diagnostici,
Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall'AST secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.
Il Responsabile Sanitario della R.S.A. definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispone la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.

La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.
Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI

Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.
I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:

l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilizzazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;
le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;
il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE

Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.
In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:

- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'AST, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'AST e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate secondo le disposizioni ASUR di cui alla nota DG prot.n.37095/2020 **Sistema Informativo delle Rete del Territorio SIRTE** in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'AST per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA

La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.
Competono all'AST, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.
Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità	Denominazione Struttura	Profilo	Standard Assistenziali (a) .

applicative dell'accordo (ALL. A)			
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l. Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24) OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24) Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite *(1)L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico* *(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.* *(3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.*

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.
Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.
Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.
La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica.
La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.
Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.
Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.
Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA
Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST – **n. 18 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.
Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.
Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:

la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale AST nel quale saranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.
nel momento in cui si crea la disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e cosi' di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità, copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'AST.
La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa AST potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre AST regionali e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

ART. 10 - TARIFFA GIORNALIERA E BUDGET ANNUALE
Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in **€ 123,00** pro capite/die + iva se ed in quanto dovuta.
I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'AST.
È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta alberghiera viene addebitata all'utente dal primo giorno.
Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:
€ 80,50 a carico dell'AST (quota sanitaria),
€ 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera),

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.
Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.
Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 18 pl convenzionati.
Anche nel caso in cui l'incidenza delle dimissioni protette dovesse risultare superiore alla percentuale prevista, la quota dovrà essere compensata prevedendo un minor numero di giornate complessive di degenza.
In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "*giornata per camera mortuaria"*.
La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AST – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO
Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.
In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.
In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'AST si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

ART.12 -PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

1. Con questa convenzione l'AST di ai sensi e per gli effetti del Regolamento (U.E) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio "Regolamento generale sulla protezione dei dati" , e tenuto conto del regolamento generale sulla protezione dei dati, individua il Legale Rappresentante della struttura firmataria del presente accordo quale Responsabile esterno del trattamento dati di cui la Struttura stessa possa venire a conoscenza nell'espletamento delle sue funzioni istituzionali/professionali ed in relazione all'attività di collaborazione svolta con l'AST, affidandogli contestualmente i compiti previsti previsto dalla normativa in vigore e dai successivi atti di applicazione che dovessero intervenire durante la vigenza del presente accordo.
2. Le parti firmatarie sottoscrivono, altresì, l'allegato Accordo per la nomina a Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 20 del Regolamento organizzativo privacy aziendale.

ART. 13 – DURATA
La presente convenzione ha validità **dal 01/01/2023 al 31/12/2024.**

Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

Art. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO
Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione delle stesso, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

Art. 15 – NORMATIVA
Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

Art. 16 – REGISTRAZIONE
La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.
Pesaro

Associazione Cante di Montevecchio onlus
Il Legale Rappresentante

Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino
Il Direttore

Allegato D

Cooss Marche Soc. Coop. - Ancona
in qualità di gestore della
"RSA MONTEFELTRO" - Urbino (PU)

AST
Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino

ACCORDO PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA "MONTEFELTRO"

TRA

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro e Urbino) cod. fisc. e partita IVA: 02789340417, con sede legale in Piazzale Cinelli,4 – 61121 Pesaro, nella persona del Legale Rappresentante Dott. Alberto Carelli

E

COOSS MARCHE Soc. Coop. p.a. Onlus - Ancona C.F. P.IVA 00459560421, in qualità di titolare e gestore della Residenza Sanitaria Assistita "MONTEFELTRO" codice ORPS 603502, situata in Urbino (PU) – Via G. di Vittorio, 14, nella persona del Legale Rappresentante, struttura autorizzata da SUAP – Gestione Associata Unione Montana Alta Valle del Metauro con provvedimento n.16617/9.5 del 5/12/2017 per n.40 posti letto.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "MONTEFELTRO" situata ad Urbino via G. Di Vittorio n. 14.

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST di Pesaro e Urbino, **n. 40 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

In particolare la convenzione regola:

- le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
- le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
- la dotazione del personale,
- la spesa annua massima a carico del SSN,

Art. 2 – FINALITA'

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.

È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.

Sono previsti:

- Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
- Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).
- Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:

- **Anziani con forme cronico – degenerative:** anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di Parkinson, vascolopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale)

che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.

- **Anziani con forme di demenza:** anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.
- **Adulti disabili:** ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.

Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:

- Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;
- Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;
- Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE

Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire:

- Dal domicilio,
- Da una struttura ospedaliera; sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni.
- Da struttura riabilitativa.
- Da strutture di Cure Intermedie

L'ammissione degli ospiti avviene presentando domanda scritta formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:

- Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
- Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera di AST)
- Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale - Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, va inviata, in base al comune di residenza della persona, all' U.V.I. del Distretto di appartenenza che effettua una valutazione multidimensionale del caso per definire:

- L'ammissibilità della persona.
- Il percorso assistenziale dell'ospite.
- Il piano assistenziale individuale (P.A.I.) con definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

L'ammissione è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.

La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel piano assistenziale predisposto dall'U.V.I.

È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.

Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall' UVI, anche i residenti nei comuni non afferenti all'AST o provenienti da altra regione.

In quest'ultimo caso sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'ASL di residenza del soggetto preso in carico.

La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.

Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).

È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengono problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.

Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.

La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.

Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.

L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le

necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.

La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.

Nel caso di pazienti che provengono dall'ospedale i medici ospedalieri, tramite il Nucleo Dimissioni Protette, formulano all'U.V.I. la proposta di ammissione alla R.S.A. con indicazione e prescrizione del piano di trattamento utilizzando la modulistica in uso nell'Area Vasta 1 per l'inserimento nel Sistema Residenziale.

Il periodo di permanenza in R.S.A. può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente.

Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI

L'AST definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.

Le attività sanitarie che si svolgono nelle R.S.A. devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.

Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'AST, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.

Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'AST e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:

- La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo della attività delle R.S.A.;
- Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
- Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:

- devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di rieducazione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;
- devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
- deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;
- deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.

Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.

Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

- soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
- soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.

Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell'AST, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015:

- Fornitura presidi protesici personalizzati,
- Assistenza del Medico di MG,
- Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
- Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
- Altri presidi prescritti dall'UVI,
- Visite specialistiche es esami diagnostici,
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
- Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall' AST, secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il Responsabile Sanitario della R.S.A. definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispone la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.

La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.

Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI

Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:

- l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilizzazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;
- le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;
- il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE

Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.

In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:

- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'AST, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'AST e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate trasmettendo informaticamente le stesse alla AST, secondo il disciplinare dell'NSIS sui flussi informativi RUG (FAR) in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati;
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'AST per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA

La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.

Competono all'AST, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.

Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	**Denominazione Struttura**	**Profilo**	**Standard Assistenziali (a) .**
Cure Residenziali Estensive R2.2	**RSA**	**Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a**	**Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l.**

		pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	**Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:** **Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24)** **OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24)** **Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite** ***(1)L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico*** ***(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.*** ***(3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.***

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.

La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica.

La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.

Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST – **n. 40 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.

Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:

- la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale AST, nel quale saranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.
- nel momento in cui si crea la disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e cosi' di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità
- copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'AST.

La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa AST potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre AST e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

ART. 10 - TARIFFA GIORNALIERA

Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in **€ 123,00** pro capite/die.

I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'AST.

È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta alberghiera viene addebitata all'utente dal primo giorno.

Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:

- € 80,50 a carico dell'AST (quota sanitaria),
- € 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera),

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.

Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.

Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 40 pl convenzionati.

Tale tetto di spesa è da intendersi invalicabile.

Anche nel caso in cui l'incidenza delle dimissioni protette dovesse risultare superiore alla percentuale prevista, la quota dovrà essere compensata prevedendo un minor numero di giornate complessive di degenza.

In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "*giornata per camera mortuaria"*.

La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AST – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Per l'anno 2023 , le parti convengono che il tetto massimo di spesa e le relative giornate di degenza, dovranno essere determinate sulla base delle disposizioni vincolanti regionali ed aziendali che saranno emesse e che dovranno essere comunicate formalmente al fornitore.

Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.

In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.

In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'AST si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

ART.12 -PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

1. Con questa convenzione l'AST di ai sensi e per gli effetti del Regolamento (U.E) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio "Regolamento generale sulla protezione dei dati" , e tenuto conto del regolamento generale sulla protezione dei dati, individua il Legale Rappresentante della struttura firmataria del presente accordo quale Responsabile esterno del trattamento dati di cui la Struttura stessa possa venire a conoscenza nell'espletamento delle sue funzioni istituzionali/professionali ed in relazione all'attività di collaborazione svolta con l'AST, affidandogli contestualmente i compiti previsti previsto dalla normativa in vigore e dai successivi atti di applicazione che dovessero intervenire durante la vigenza del presente accordo.
2. Le parti firmatarie sottoscrivono, altresì, l'allegato Accordo per la nomina a Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 20 del Regolamento organizzativo privacy aziendale.

ART. 13 – DURATA

La presente convenzione ha validità **dal 01/01/2023 al 31/12/2024.**

Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

Art. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO

Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di

solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione delle stesso, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

Art. 15 – NORMATIVA
Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

Art. 16 – REGISTRAZIONE
La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.

Pesaro ……

COOS Marche " RSA MONTEFELTRO"
Il Legale Rappresentante

Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino
Il Direttore

Allegato E

Abitare il Tempo - Loreto (AN)
RSA "CASA ARGENTO" s.r.l.
Fossombrone (PU)

AST
Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino

ACCORDO PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA

TRA

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro e Urbino cod. fisc. e partita IVA: 02789340417, con sede legale in Piazzale Cinelli,4 – 61121 Pesaro, nella persona del Legale Rappresentante, Dott. Alberto Carelli

E

ABITARE IL TEMPO srl, Via San Francesco snc Loreto (AN), in qualità di titolare e gestore della Residenza Sanitaria Assistita "CASA ARGENTO" codice ORPS 600346 sita in Fossombrone (PU) Via Saffi, 2 nella personale dell'amministratore delegato, struttura accreditata con Decreto n°381/ACR del 12/10/2015 per n. 40 posti letto, giusto atto di volturazione n.1 rilasciato dal Comune di Fossombrone in data 29/07/2013 prot.n.17758.

si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "CASA ARGENTO" s.r.l. sita nel Comune di Fossombrone – Via Saffi, 2.

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST di Pesaro e Urbino, n. 4**0 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

In particolare la convenzione regola:

- le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
- le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
- la dotazione del personale,
- la spesa annua massima a carico del SSN,

Art. 2 – FINALITA'

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.

È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.

Sono previsti:

- Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
- Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).
- Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:

- **Anziani con forme cronico – degenerative:** anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di parkinson, vascolopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale)

che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.

- **Anziani con forme di demenza:** anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.
- **Adulti disabili:** ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.

Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:

- Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;
- Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;
- Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE

Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire:

- Dal domicilio,
- Da una struttura ospedaliera; sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni.
- Da struttura riabilitativa.
- Da strutture di Cure Intermedie

L'ammissione degli ospiti avviene presentando domanda scritta formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:

- Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
- Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera dell'AST)
- Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale - Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, va inviata, in base al comune di residenza della persona, all' U.V.I. del Distretto di appartenenza che effettua una valutazione multidimensionale del caso per definire:

- L'ammissibilità della persona.
- Il percorso assistenziale dell'ospite.
- Il piano assistenziale individuale (P.A.I.) con definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

L'ammissione è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.

La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel piano assistenziale predisposto dall'U.V.I.

È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.

Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall'UVI, anche i residenti nei comuni non afferenti all'AST o provenienti da altra regione. In quest'ultimo caso sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'ASL di residenza del soggetto preso in carico.

La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.

Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).

È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengono problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.

Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.

La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.

Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.

L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.

La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.

Nel caso di pazienti che provengono dall'ospedale i medici ospedalieri, tramite il Nucleo Dimissioni Protette, formulano all'U.V.I. la proposta di ammissione alla R.S.A. con indicazione e prescrizione del piano di trattamento utilizzando la modulistica in uso nell'AST per l'inserimento nel Sistema Residenziale.

Il periodo di permanenza in RSA può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in RSA è, per natura, transitoria e non permanente.

Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI

L'AST definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.

Le attività sanitarie che si svolgono nelle RSA devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.

Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'AST, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.

Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'AST e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:

- La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo dell' attività delle R.S.A.;
- Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
- Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:

- devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di rieducazione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;
- devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
- deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;
- deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.

Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.

Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:

- soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
- soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.

Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell'AST, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015:

- Fornitura presidi protesici personalizzati,
- Assistenza del Medico di MG,
- Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
- Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
- Altri presidi prescritti dall'UVI,
- Visite specialistiche es esami diagnostici,
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
- Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall'ASTsecondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il Responsabile Sanitario della RSA definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispone la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.

La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.

Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI

Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.

I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:

- l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilizzazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;
- le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;
- il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE

Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.

In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:

- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'AST, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'AST e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate trasmettendo informaticamente le stesse alla AST, secondo il disciplinare dell'NSIS sui flussi informativi RUG (FAR) in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'Area Vasta 1 per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA

La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.

Competono all'AST, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.

Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	**Denominazione Struttura**	**Profilo**	**Standard Assistenziali (a) .**
Cure Residenziali Estensive R2.2	**RSA**	**Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità**	**Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l.** **Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:**

		e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	**Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24)** **OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24)** **Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite** ***(1)L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico*** ***(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.*** ***(3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.***

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.

La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica. La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.

Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.

Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.

Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST, numero **40 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.

Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.

Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:

- la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale AST, nel quale verranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.
- nel momento in cui si crea la disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e cosi' di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità
- copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'AST.

La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa Area Vasta potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre AST e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

ART. 10 TARIFFA GIORNALIERA

Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in **€ 123,00** pro capite/die.

I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'AST.

È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta viene addebitata dal primo giorno.

Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:

- € 80,50 a carico dell'AST (quota sanitaria),
- € 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera),

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.

Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.

Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 40 pl convenzionati.

Anche nel caso in cui l'incidenza delle dimissioni protette dovesse risultare superiore alla percentuale prevista, la quota dovrà essere compensata prevedendo un minor numero di giornate complessive di degenza.

In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "*giornata per camera mortuaria"*.

La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AST – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Le parti convengono che il tetto massimo di spesa e le relative giornate di degenza, dovranno essere determinate sulla base delle disposizioni vincolanti regionali ed aziendali che saranno emesse e che dovranno essere comunicate formalmente al fornitore.

Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.

In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.

In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'AST si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

Art. 12 -PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

1. Con questa convenzione l'AST di ai sensi e per gli effetti del Regolamento (U.E) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio "Regolamento generale sulla protezione dei dati" , e tenuto conto del regolamento generale sulla protezione dei dati, individua il Legale Rappresentante della …….firmataria del presente accordo quale Responsabile esterno del trattamento dati di cui la Struttura stessa possa venire a conoscenza nell'espletamento delle sue funzioni istituzionali/professionali ed in relazione all'attività di collaborazione svolta con l'AST, affidandogli contestualmente i compiti previsti previsto dalla normativa in vigore e dai successivi atti di applicazione che dovessero intervenire durante la vigenza del presente accordo.
2. Le parti firmatarie sottoscrivono, altresì, l'allegato Accordo per la nomina a Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 20 del Regolamento organizzativo privacy aziendale.

ART. 13 – DURATA

La presente convenzione ha validità **dal 01/01/2023 al 31/12/2024.**

Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

ART. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO

Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di

solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione delle stesso, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

ART. 15 – NORMATIVA
Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

ART. 16 – REGISTRAZIONE
La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.
Pesaro

Abitare Il Tempo srl – "Casa Argento"
Il Rappresentante Legale

Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino
Il Direttore

Allegato F

Maria Cecilia Hospital Pesaro
RSA CIVES Villa Fastiggi

AST
Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino

ACCORDO PER IL SERVIZIO DI RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA
" VILLA FASTIGGI" – MARIA CECILIA HOSPITAL PESARO

TRA

L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro e Urbino) cod. fisc. e partita IVA: 02789340417, con sede legale in Piazzale Cinelli,4 – 61121 Pesaro, nella persona del Legale Rappresentante Dott. Alberto Carelli

E

Maria Cecilia Hospital Pesaro - Srl C.F. P.IVA 02734660398 con sede legale in Lugo (RA) Piazza Trisi,16, in qualità di titolare della Residenza Sanitaria Villa Fastiggi, situata in Pesaro – Loc. Villa Fastiggi Piazza Tarquinio Provini, 1-2, nella persona del Legale Rappresentante

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 – OGGETTO

La presente convenzione disciplina le modalità di gestione/funzionamento della Residenza Sanitaria Assistita "CIVES VILLA FASTIGGI" codificata ORPS 604800 ed accreditata con Decreto P.F. Accreditamenti n.40 del 12/03/2020 per n.60 posti letto tipologia R2.2/RS2.
Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST, **n. 53 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.
In particolare la convenzione regola:
le modalità di ammissione alla struttura e la regolamentazione della lista d'attesa;
le modalità assistenziali e le prestazioni ed i servizi erogati;
la dotazione del personale,
la spesa annua massima a carico del SSN,

Art. 2 – FINALITA'

La Residenza Sanitaria Assistenziale, è una struttura residenziale extraospedaliera caratterizzata dall'integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera.
È organizzata secondo le previsioni del Piano Sanitario Regionale e delle Linee Guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.

Art. 3 - TIPOLOGIA DEGLI OSPITI E DURATA DELLA PERMANENZA

La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate.
Sono previsti:
Ricoveri temporanei con una degenza che di norma può andare fino ad un massimo di 60 gg a seconda del caso; nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto anticipatamente rispetto ai tempi concordati, l'ospite cessa la permanenza in Residenza Sanitaria.
Ricoveri di sollievo alle famiglie, la cui permanenza non deve superare i 30 giorni (in questo caso la quota alberghiera è a totale carico dell'utente dal primo giorno d'ingresso).
Ricoveri prolungati, trattasi di casi a maggior complessità clinico-assistenziale per i quali non è ipotizzabile un trasferimento ad altro setting assistenziale ovvero nel caso intervengano problematiche nuove; per questi casi la permanenza dell'ospite può venire prorogata e l'U.V.I. formulerà un nuovo progetto assistenziale con rivalutazione periodica; nella fattispecie resta comunque in carico all'utente la quota alberghiera.

Al fine di delineare modelli di gestione che garantiscano un'assistenza più mirata alla peculiarità delle condizioni di bisogno espresse da ciascun ospite, occorre pervenire alla differenziazione delle tipologie degli ospiti da assistere in strutture o moduli dedicati:

Anziani con forme cronico – degenerative: anziani con forme cronico degenerative – ricomprende soggetti colpiti da sindromi con andamento cronico-degenerativo non guaribili (osteoporosi polidistrettuale, morbo di parkinson, vascolopatie di tutti i distretti arteriosi, ecc..) o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale) che richiedono attività terapeutica e assistenziale continua e interventi riabilitativi, allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse all'immobilità o di limitare i ricoveri in ambito ospedaliero. Inoltre, occorre tener conto che molte "medio-lunghe degenze terminali" (dovute a patologie irreversibili) si esauriscono in ambiente ospedaliero per l'impossibilità del paziente anziano di rientrare al proprio domicilio causa assenza di un contesto familiare in grado di garantirgli il livello indispensabile di assistenza.
Anziani con forme di demenza: anziani con forme di demenza - comprende soggetti colpiti da forme di grave ed irreversibile decadimento cognitivo.
Adulti disabili: ricomprende soggetti disabili adulti con gravi e plurimi deficit psico-fisici che hanno concluso la fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva e che necessitano di terapia di mantenimento e/o prevenzione del degrado del recupero acquisito.
Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra:
Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni;
Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso;
Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

Art. 4 - MODALITA' DI AMMISSIONE-DIMISSIONE
Le persone ammesse al ricovero in RSA possono provenire dal:
- Domicilio
- struttura sanitarie extra ospedaliera intensiva ed estensiva
- struttura ospedaliera, sia dal reparto per acuti sia dalle lungodegenze o riabilitazioni ospedaliere
- struttura riabilitativa regionale o extra regionale
- strutture di Cure Intermedie

L'**ammissione** degli ospiti avviene presentando domanda formulata, a seconda della provenienza, rispettivamente da:
Medico di Medicina Generale (se proveniente dal domicilio)
Nucleo Dimissioni Protette (se proveniente da Struttura ospedaliera ove esistente NDP)
Struttura riabilitativa regionale ed extraregionale
Struttura ospedaliera regionale ed extraregionale.

La domanda, corredata da apposita relazione sanitaria e Scheda di Valutazione Assistenziale, dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa del Distretto in base al comune di residenza dell'utente tramite il Sistema Informatizzato della Rete Territoriale -SIRTE- percorso Residenzialità adottato nella Regione Marche ad esclusione delle strutture extraregionali e/o di quei soggetti che, non essendo inseriti istituzionalmente nel sistema, utilizzeranno la modalità cartacea in uso.
L'ammissibilità della persona al setting Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti e per persone con demenze, sarà confermata dall'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.) attraverso una valutazione multidimensionale che stabilisce il Piano Assistenziale Integrato (PAI) e la definizione del periodo utile per il raggiungimento degli obiettivi.

L'**ammissione** è subordinata all'accettazione del regolamento della struttura.
La permanenza nella RSA è limitata, al tempo necessario per il raggiungimento degli obiettivi identificati nel PAI predisposto dall'U.V.I.
È facoltà dell'U.V.I. decidere la struttura più idonea tenuto conto dei problemi di salute del soggetto, della disponibilità dei posti e della residenza.
Possono accedere alla rete delle RSA, previa autorizzazione del proprio distretto di appartenenza con relativo P.A.I. definito dall'UVI , anche i residenti nei comuni non afferenti all'AV1 o provenienti da altra regione.
In questi casi sarà cura dell'Ente Gestore provvedere alla fatturazione diretta all'Area Vasta o ASL di residenza del soggetto preso in carico.
La **dimissione** è proposta dal Responsabile clinico del soggetto.
Nel caso in cui l'obiettivo del progetto assistenziale venga raggiunto prima del periodo di permanenza preventivato, l'ospite viene dimesso anticipatamente come già enunciato al precedente articolo 3).
È facoltà dell'equipe assistenziale della struttura proporre un periodo di proroga alla permanenza in RSA nel caso in cui intervengono problematiche nuove o non siano stati ancora raggiunti gli obiettivi clinico-assistenziali prefissati.

Di norma la dimissione viene programmata con l'ospite e/o ai suoi famigliari con almeno sette giorni di anticipo rispetto alla data stabilita.
La proroga e la dimissione dalla RSA viene ratificata dall'U.V.I.
Qualora la persona venga ricoverata in ospedale, viene mantenuto il posto letto in RSA per un periodo non superiore ai 15 gg oltre il quale verrà valutato dal Responsabile clinico, in accordo con l'U.V.I. la possibilità di ulteriore proroga tenuto conto del motivo per il quale è stato autorizzato il ricovero in RSA, delle condizioni che hanno portato al ricovero in ospedale nonché del periodo di permanenza in RSA di cui si è già usufruito.
L'inserimento viene autorizzato con nota del Direttore del Distretto in cui insiste la Struttura essendo, quest'ultimo, eletto a Responsabile dell'esecuzione contrattuale, previa relazione dell'U.V.I. attestante le necessità e i bisogni assistenziali, la formulazione dei piani di trattamento e il tempo di permanenza della struttura.
La compatibilità della spesa con il budget assegnato è attestata dallo stesso Direttore del Distretto.
Il periodo di permanenza in R.S.A. può essere prorogato, previa rivalutazione dell'U.V.I. e su richiesta del MMG del paziente, tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente.

Art. 5 – MODALITA' ASSISTENZIALI
L'AST definisce annualmente la tipologia ed il volume delle attività previste.
Le attività sanitarie che si svolgono nelle R.S.A. devono essere adeguatamente integrate con quelle del Comparto Sociale.
Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa fra l'AST, gli Enti Locali, i privati ed il volontariato in ottemperanza alla normativa statale e regionale.
Attraverso l'integrazione con i Servizi Territoriali dell'AST e dei Comuni, la R.S.A. utilizza un modello organizzativo in grado di garantire:
La valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dai problemi/bisogni sanitari, cognitivi psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
La stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
La raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da permettere il controllo continuo della attività delle R.S.A.;
Il coinvolgimento della famiglia dell'ospite
Il personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Nella R.S.A.:
devono essere privilegiati modelli operativi di stimolazione dell'autonomia (anche residuale) e di rieducazione funzionale in accordo con l'approccio farmacologico;
devono essere rispettati al massimo i ritmi della normale quotidianità, favorendo l'espletamento di attività quali il lavarsi, l'alimentarsi, il riposo pomeridiano e notturno;
deve prevedersi il massimo utilizzo di spazi comuni interni ed esterni, di risorse per la socializzazione soprattutto attraverso le risorse esterne: quartiere e ambito cittadino in cui è inserita la R.S.A.;
deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per salvaguardare al massimo la loro qualità di vita sino alla fine.
Nelle R.S.A. sono erogati anche gli interventi di riabilitazione estensiva o di mantenimento.
Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli ospiti di tali strutture riguardano in particolare:
soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena, richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore.
Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia sono caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.
Tenuto conto della tipologia degli ospiti (maggioranza di esenti ticket per patologia e invalidi civili) la farmacia ospedaliera e/o altri servizi dell' AST, forniscono alla R.S.A. come stabilito dalla DGR n.1011/2013 e determina DG Asur n.269/2015 e DG ASUR n.507/2017:

- Fornitura presidi protesici personalizzati,
- Assistenza del Medico di MG,
- Fornitura farmaci prescritti su ricettario SSN,
- Prodotti e presidi per la nutrizione entrale e parenterale,
- Altri presidi prescritti dall'UVI,
- Visite specialistiche es esami diagnostici,
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari,
- Trasporti sanitari sulla base della regolamentazione regionale in materia tramite autoambulanza in caso di necessità, con protocolli definiti dall'AST secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il Responsabile Sanitario della R.S.A. definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenza o eventi imprevisti e predispone la dimissione tenendo conto del tempo di permanenza concesso dall'U.V.I.
La rivalutazione periodica del paziente è altresì finalizzata alla verifica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi posti nei piani di trattamento.
Di questo processo viene dato conto, con i dati esplicativi, nella relazione annuale sull'attività della struttura residenziale.

Art. 6 - PRESTAZIONI E SERVIZI
Come definito dalla DGR n.1011/2013, la RSA fornisce prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.
I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

Nello specifico garantisce ai propri ospiti:
l'assistenza medica, infermieristica, farmaceutica, riabilitativa, specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
l'assistenza tutelare diurna e notturna in conformità con la normativa regionale in materia; sono comprese tutte le attività di assistenza dell'utente per l'espletamento delle funzioni relative a igiene personale, aiuto nelle ordinarie attività giornaliere (vestizione, assunzione cibo, necessità fisiologiche, etc.), mobilizzazione, accompagnamenti per l'esecuzione di prestazioni sanitarie;
le attività occupazionali e di animazione, nonché l'assistenza religiosa;
il servizio alberghiero (comprensivo di vitto, guardaroba e lavanderia, barbiere/parrucchiere, pulizia dei locali) e di supporto amministrativo-gestionale (accettazione, portineria, segreteria - amministrazione, telefono, posta, economato, provveditorato, etc.).

ART. 7 – DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE
Fermo restando le competenze nella gestione degli accessi e del turnover, proprie dell'U.V.I., il coordinamento dell'organizzazione viene affidato a un Dirigente sanitario della struttura RSA, con funzioni di responsabilità igienico-organizzative, di direzione e coordinamento del personale, di verifica dell'attuazione dei piani di intervento e di tenuta della documentazione sanitaria.
In particolare il Dirigente Sanitario garantisce:
- Il monitoraggio e la documentazione delle attività
- La rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale
- La trasmissione mensile dell'elenco nominativo degli ospiti presenti all'AST, comprensivo della relativa spesa
- La rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dall'AST e, nello specifico, il monitoraggio delle prestazioni erogate secondo le disposizioni ASUR di cui alla nota DG prot.n.37095/2020 **Sistema Informativo delle Rete del Territorio SIRTE** in aderenza delle normative nazionali.
- La registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale compresi i turni di servizio effettuati
- La RSA s'impegna ad implementare un modello organizzativo che garantisca:
- Il lavoro di tutti gli operatori (medici e non) secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare;
- L'integrazione con i servizi territoriali dell'AST per le prestazioni che devono essere assicurate tramite il personale dei distretti sanitari territorialmente competenti
- La formazione continua del personale attraverso un piano annuale di formazione aggiornato e coordinato dal responsabile sanitario di struttura.

ART. 8 - PERSONALE DELLA RSA
La dotazione di personale deve essere programmata tenuto conto che le finalità delle residenze assistenziali sono quelle di garantire l'assistenza sanitaria di base per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute, l'assistenza sanitaria specialistica per i trattamenti riabilitativi programmati, l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana (igiene personale, vestizione, alimentazione, deambulazione) e per il mantenimento della vita di relazione.
Competono all'AST, attraverso l'UVI le funzioni di verifica e controllo dell'attività svolta all'interno della struttura stessa, il controllo e la verifica della qualità assistenziale.
Per ogni assistito ammesso la RSA assicura, nel pieno rispetto della dignità dell'assistito e secondo i propri parametri, l'assistenza alberghiera, la cura dei bisogni personali e sociali di rilevanza sanitaria, nonché l'assistenza sanitaria a mezzo del seguente personale con i relativi standards assistenziali stabiliti dalla DGRM n.1331/2014:

Denominazione livello assistenziale e codice (ALL. B) e modalità applicative dell'accordo (ALL. A)	Denominazione Struttura	Profilo	Standard Assistenziali (a) .
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l. Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui: Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24) OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24) Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite *(1)L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico* *(2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.* *(3) L'assistenza infermieristica è un di cui dell'assistenza globale.*

Il rispetto degli standard assistenziali infermieristici e OSS deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio e la rendicontazione oraria mensile di ogni figura professionale, compreso quelle relative all'assistenza alberghiera, occupazionale e riabilitativa.
Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto il Medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.
Il piano di interventi sanitari viene seguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OSS, in collaborazione con il Medico di MMG.
La struttura è tenuta a rendere noto l'elenco del personale al momento impiegato distinto per qualifica.
La RSA si obbliga, inoltre, a garantire per detto personale il rispetto degli accordi nazionali di lavoro di categoria vigenti ed il rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di incompatibilità all'esercizio dell'attività professionale presso la struttura.
Per ogni assistito vengono definiti il programma sanitario di cura e riabilitazione ed il piano di interventi sanitari di concerto con il medico di Medicina Generale ai fini della continuità assistenziale.
Il piano di interventi sanitari viene eseguito, per quanto di competenza, dagli infermieri, dai terapisti della riabilitazione e dagli OTA/OSA/OSS, sotto la diretta responsabilità del medico di MMG.
Per i servizi generali di refezione – lavanderia e guardaroba – attività di pulizia degli ambienti provvede autonomamente la RSA, secondo le sue esigenze organizzative.

ART. 9 – DISPONIBILITA' DI POSTI LETTO E REGOLAMENTAZIONE LISTE DI ATTESA

Le parti convengono che la struttura mette a disposizione dell'AST – **n. 53 posti letto** giornalieri in RSA per gli utenti accreditati tramite il sistema sanitario.
Per l'occupazione di tali posti, tra gli utenti autorizzati dall'UVI, sarà tenuta dalla struttura una graduatoria di priorità basata sui criteri definiti nella carta dei servizi della struttura e meglio specificati all'art 11.
Fermo restando le modalità di accesso stabilite, qualora le richieste di ingresso, autorizzate dall'UVI, fossero superiori alla disponibilità fissata al comma precedente per il servizio di RSA, saranno istituite dalla struttura le liste di attesa che saranno regolate come segue:
la RSA terrà un registro interno, consultabile dagli ospiti del personale AST nel quale saranno registrati gli ospiti in base alla data di autorizzazione al servizio loro formulata dall'U.V.I.nel momento in cui si crea la disponibilità di un posto letto, la RSA convocherà il primo ospite in lista e cosi' di seguito in caso di rifiuto o indisponibilità
copia del registro delle liste d'attesa per il servizio di RSA sarà inviato semestralmente alla direzione dell'AST.
La presente convenzione non costituisce impegno di occupazione e pertanto eventuali posti letto non utilizzati da questa AST potranno esser resi disponibili, previo assenso, per utenti di altre AST e/o altre Aziende Sanitarie con oneri a carico dell'Ente inviante.

ART. 10 - TARIFFA GIORNALIERA
Come stabilito dalla DGR n.1331/2014 la tariffa giornaliera di RSA (R2.2) è stabilita in **€ 123,00** pro capite/die + iva se ed in quanto dovuta.
I primi 60 giorni di permanenza sono esenti dalla compartecipazione alberghiera come stabilito dalla DGR n.704/2006 e pertanto la tariffa giornaliera è a totale carico dell'AST.
È escluso da tale esenzione il ricovero in Servizio Sollievo dove la retta alberghiera viene addebitata all'utente dal primo giorno.
Dopo il periodo di esenzione, il costo sarà così ripartito:
€ 80,50 a carico dell'AST (quota sanitaria),
€ 42,50 a carico dell'utente, salvo specificità locali; (quota alberghiera),

Nel caso in cui uno stesso soggetto abbia più di un ricovero nell'arco di vigenza della presente convenzione, sono considerati esenti dal pagamento della retta i primi 60 gg. del primo ricovero.
Pertanto il contatore incrementale che computa i giorni con tariffa a carico totale di quest'Azienda non deve essere azzerato per la nuova degenza e dovrà proseguire dal giorno della dimissione del precedente ricovero.
Le giornate di degenza potranno essere distribuite nei 53 pl convenzionati.
In caso di decesso dell'assistito all'interno della Struttura, viene riconosciuto il compenso del giorno successivo al giorno di decesso, nella misura del 50% della tariffa (intera o ridotta), che dovrà essere specificato in fattura con l'indicazione "*giornata per camera mortuaria"*.
La struttura è tenuta a comunicare con immediatezza all'AST – Direzione Distretto, anche via fax, il giorno dell'effettiva ammissione in RSA, nonché la data di dimissione dalla RSA, nonché il periodo di ricovero in ospedale o di ritorno nel proprio domicilio oppure la data di decesso.

Art. 11 - CONSERVAZIONE DEL POSTO
Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, il posto sarà conservato, senza onere per l'azienda, fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'U.V.I. non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.
In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di 5 giorni, con pagamento a carico del paziente per il 70% della quota a suo carico, nulla sarà corrisposto per la quota sanitaria.
In entrambi i casi, il periodo di assenza, interrompe il conteggio dei 60 giorni per i quali l'AST si fa carico della retta piena, che riprenderà in maniera incrementale, pertanto senza azzeramento del contatore, dal giorno di reinserimento dell'ospite.

ART.12 -PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
1. Con questa convenzione l'AST di ai sensi e per gli effetti del Regolamento (U.E) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio "Regolamento generale sulla protezione dei dati" , e tenuto conto del regolamento generale sulla protezione dei dati, individua il Legale Rappresentante della struttura firmataria del presente accordo quale Responsabile esterno del trattamento dati di cui la Struttura stessa possa venire a conoscenza nell'espletamento delle sue funzioni istituzionali/professionali ed in relazione all'attività di collaborazione svolta con l'AST, affidandogli contestualmente i compiti previsti previsto dalla normativa in vigore e dai successivi atti di applicazione che dovessero intervenire durante la vigenza del presente accordo.
2. Le parti firmatarie sottoscrivono, altresì, l'allegato Accordo per la nomina a Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 20 del Regolamento organizzativo privacy aziendale.

ART. 13 – DURATA
La presente convenzione ha validità **dal 03/05/2023 al 31/12/2024.**
Ciascuna parte ha facoltà di recedere dalla presente convenzione prima della scadenza, con un preavviso di almeno 30 giorni, con comunicazione scritta da inviare all'altra parte a mezzo raccomandata a.r. o PEC se ragioni organizzative ne impediranno il mantenimento.

ART. 14 – CLAUSOLA DI ALLINEAMENTO
Le percentuali di compartecipazione alla spesa rimangono le medesime previste nell'esercizio precedente, nelle more dell'effettiva applicazione del decreto governativo sull'ISEE con la relativa istituzione del fondo di solidarietà, la quantificazione dell'importo e la definizione dei criteri di gestione delle stesso, allineandosi a quelli che saranno le indicazioni regionali in materia.

ART. 15 – NORMATIVA
Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice Civile di Procedura Civile con competenza del Foro di Pesaro.

ART. 16 – REGISTRAZIONE
La presente convenzione è esente da bollo (D.P.R. 642/72 tabella 25) e da registrazione D.P.R: 131/86 tabella art. 1 lett. b) e registrata solo in caso d'uso.

Letto, approvato e sottoscritto.
Pesaro

Maria Cecilia Maria Hospital Pesaro
Il Legale Rappresentante

Azienda Sanitaria Territoriale
Pesaro e Urbino
Il Direttore