

Deliberazione della Giunta Regionale 28 giugno 2022, n. 1-5265

Approvazione 'Percorso protetto di continuità' assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, Lungodegenza, Cavs) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR'.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- con D.G.R. n. 23-3080 del 9 aprile 2021 sono state approvate, tra l'altro, a seguito dell'emergenza Covid e per la durata del periodo pandemico i percorsi protetti di continuità assistenziale - per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente dimessi dagli Ospedali - verso l'assistenza erogata in RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR o posti letto CAVS all'interno delle RSA, secondo le modalità organizzative-gestionali indicate nell'Allegato 2) al provvedimento, già disposte con D.G.R. 2-2254 del 11.11.2020;

- la validità della citata D.G.R. n. 23-3080, disposta fino al 31/3/2022, considerato il permanere anche oltre la fine del periodo emergenziale dell'esigenza di ridurre la pressione sulle strutture di ricovero, in particolare sui Pronti Soccorso, ancora elevata anche a causa del Covid, di patologie conseguenti al Covid o trascurate a causa del Covid, è stata prorogata con D.G.R. n. 24-4873 del 8 aprile 2022 al 30 giugno 2022, nelle more della presentazione, da parte di un gruppo di tecnici esperti, di un progetto definitivo di riorganizzazione dei percorsi, volto ad uniformare, nella rete territoriale la possibilità di adeguata presa in carico del paziente e favorire la continuità delle cure attraverso l'appropriatezza degli inserimenti, evitando il prolungamento del ricovero in sedi non più idonee e prevenendo accessi impropri in PS.

Dato atto che è stato predisposto, a tal fine, il documento, denominato "Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, LDG, CAVS) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR", redatto dai competenti settori regionali della Direzione Sanità e Welfare, con il supporto di sanitari esperti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (allegato A), che individua: obiettivi del percorso: garantire la possibilità di adeguata presa in carico del paziente attraverso l'appropriatezza degli inserimenti in strutture territoriali, evitando il prolungamento del ricovero in sedi non più idonee;

destinatari: sono destinatari del percorso di continuità assistenziale residenziale in RSA gli anziani, in regime di assistenza ospedaliera e di post acuzie, ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano con bisogni assistenziali complessi, secondo un modello protetto che ne garantisca continuità di cura in una idonea struttura:

modalità di presa in carico del paziente e di accesso al percorso di trasferimento protetto:: il percorso, che può essere avviato, in modo più ampio di quanto attualmente previsto, oltre che da Pronto soccorso /DEA e reparti ospedalieri per acuti, anche da reparti di post acuzie e riabilitazione (RRF, LDG e CAVS), passa attraverso una valutazione iniziale di appropriatezza del Nucleo distrettuale di continuità delle cure;

modalità di individuazione delle RSA destinatarie del percorso: si confermano quelle già introdotte con la D.G.R. n. 23-3080 (raccolta delle disponibilità da parte delle aziende sanitarie, verifica della Commissione di vigilanza competente, garanzie di osservanza delle indicazioni regionali in materia di contrasto al Covid e dei flussi informativi).

Ritenuto di approvare il documento suindicato, che consente di rendere definitivo il modello sperimentato in attuazione delle citate DD.GG.RR. n. 23-3080 e n. 24-4673, offrendo una risposta più adeguata nella gestione della cronicità, nell'ottica della continuità delle cure e dell'integrazione ospedale-territorio.

Ritenuto, per quanto concerne la copertura economica, di confermare anche per il secondo semestre dell'anno, l'indicazione di cui alla D.G.R. n. 24-4873 del 8 aprile 2022 di mantenere la spesa entro il limite di quella sostenuta per inserimenti in RSA nell'anno 2019, essendo necessario perseguire l'equilibrio di bilancio.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n.1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. 1-3361 del 14 giugno 2021

la Giunta regionale, unanime,

delibera

1. di approvare il documento denominato "Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, LDG, CAVS) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR", allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (allegato A);
2. di dare atto che la copertura economica del presente provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL e che la spesa, essendo necessario perseguire l'equilibrio di bilancio, dovrà essere mantenuta entro il limite di quella sostenuta per inserimenti in RSA nell'anno 2019.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'articolo 61 dello Statuto e dell'articolo 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Percorso protetto di continuità assistenziale per pazienti ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, LDG, CAVS) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR

1) Premessa

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica consolidata dei paesi sviluppati, sta modificando il quadro di morbilità e richiede un adeguamento delle risorse assistenziali, sia a livello clinico che organizzativo-gestionale. La popolazione anziana, che rappresenta la fascia di popolazione a maggior rischio di cronicità, di 65 anni e più, fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%. La popolazione di 85 anni e più, ancora, che nel 2015 rappresentava il 3,2% della popolazione, nel 2065 si dovrebbe attestare al 10,0%.

In Piemonte, nel 2021, l'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione, cioè il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni è pari a 214,8 anziani ogni 100 giovani.

Dal Censimento permanente della popolazione - dati 2018-2019 -, si rileva che la popolazione piemontese presenta una struttura per età più vecchia di quella italiana: l'età media ammonta a 46,8 anni contro i 45,2 dell'Italia; il 43,4% dei piemontesi ha meno di 45 anni (il 46,5% a livello nazionale), il 25,9% ne ha più di 64 (il 23,2% in media Italia).

Dai dati raccolti relativamente al Piemonte dal sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (Istituto Superiore di Sanità) emerge che circa 2 anziani su 3 (64,3%) ha almeno una patologia cronica. L'aumento della popolazione anziana non influenza solamente gli aspetti economici, ma richiede un cambiamento di clinical governance: la gestione del paziente cronico obbliga il sistema ad una inversione di tendenza culturale; la storia della medicina del 20° secolo è infatti caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbilità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

La maggior parte dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è dunque legata alle malattie croniche e alle loro conseguenze. Tali bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio per rendere equo e sostenibile il sistema.

La gestione della cronicità richiede nuovi approcci per meglio garantire la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio, con la revisione dell'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità.

La D.G.R. n. 23-3080 del 9 aprile 2021 e la DGR 24-4873 del 8 aprile 2022, che hanno previsto dei percorsi temporanei protetti di dimissione da strutture di ricovero verso il domicilio o verso RSA in relazione all'esigenza di ridurre l'occupazione dei posti letto ospedalieri durante l'emergenza Covid, ha consentito di sperimentare un modello di "cure intermedie" più orientato alla flessibilità e all'integrazione e coordinamento dei servizi, con una attenzione ai bisogni assistenziali della persona.

Dal flusso informativo FARSIAD si è rilevato che, mentre hanno avuto scarso impiego i percorsi di continuità assistenziale dagli ospedali verso l'assistenza domiciliare erogata da RSA, la maggior parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere ha fatto frequente ricorso a percorsi protetti di assistenza post ricovero erogata da RSA: nel periodo maggio-aprile 2022, sono state 216 le strutture coinvolte, le quali hanno erogato circa 232.000 giornate di assistenza a circa 7.000 utenti.

Da qui l'esigenza di rendere definitivo il modello sperimentato, individuando tutte le casistiche in cui lo stesso può utilmente supportare il sistema.

Le RSA sono strutture residenziali che, pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire un'assistenza costante alla persona e una maggiore attenzione, anche per i ricoveri di breve durata, agli aspetti della vita di relazione. Spesso infatti, soprattutto nei pazienti anziani, l'ospedalizzazione tradizionale peggiora la qualità della vita.

L'impiego dei percorsi protetti di continuità assistenziale è indirizzato quindi a pazienti, prevalentemente anziani non autosufficienti, dimissibili dall'ospedale, ma non ancora in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per il quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e sociale.

2) Obiettivi generali del percorso

Obiettivo principale del percorso è dunque uniformare, nella rete territoriale la possibilità di adeguata presa in carico del paziente e favorire la continuità delle cure attraverso l'appropriatezza degli inserimenti, evitando il prolungamento del ricovero in sedi non più idonee ed aumentando così il turn over dei pazienti, sia degli ospedali che della post acuzie, oltre che prevenire accessi impropri in Pronto Soccorso.

La maggior possibilità da parte degli ospedali di utilizzare i posti in sedi riabilitative, di Lungodegenza, Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) e RSA attraverso la presa in carico del paziente da parte del territorio in questa tipologia di inserimento, contribuirà a ridurre il sovraffollamento e le forme inappropriate di ricovero ospedaliero, migliorare l'appropriatezza degli interventi, e l'utilizzo razionale delle risorse del Servizio Sanitario Regionale

Tutto ciò al fine di garantire, su tutto il territorio regionale, la continuità assistenziale agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e alle persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente verso le Strutture territoriali e integrare le attuali risorse che assicurano il percorso di continuità ospedale-territorio, secondo un modello di presa in carico globale, che favorisca il benessere del paziente e della famiglia con la ricerca del setting più adeguato alla gestione del caso.

3) Destinatari

Sono destinatari del percorso di continuità assistenziale residenziale in RSA gli anziani, in regime di assistenza ospedaliera e di post acuzie, ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano con bisogni assistenziali complessi, secondo un modello protetto che ne garantisca continuità di cura in una idonea struttura.

4) Attivazione del percorso: presa in carico e valutazione

Le ASL potranno, sulla base delle necessità, attivare il percorso protetto in RSA che hanno aderito a questa modalità di inserimento per i pazienti residenti sul proprio territorio.

Le ASL potranno inoltre, sulla base della propria organizzazione, decidere che i ricoveri siano effettuati direttamente dai propri ospedali in RSA dai NOCC ospedalieri o attraverso NDCC ma garantendone l'appropriatezza dell'inserimento.

Le ASO effettueranno i ricoveri previa richiesta al NDCC di residenza del paziente che, verificata l'idoneità della richiesta, ne approverà o meno il trasferimento nella RSA individuata dallo stesso.

Le sedi di ricovero di riabilitazione, lungodegenza, CAVS effettueranno i ricoveri previa richiesta da parte del Direttore Sanitario della Struttura al NDCC di residenza del paziente che ne verificherà l'appropriatezza e se idoneo individuerà la RSA procedendo all'inserimento.

Il percorso richiede la presa in carico della persona immediata e consequenziale da parte del Nucleo Ospedaliero di continuità delle cure (NOCC), con contestuale comunicazione al Nucleo Distrettuale di continuità delle cure (NDCC) dell'ASL di residenza dell'assistito, che provvederà a valutarne nell'immediato la richiesta e, se idoneo al trasferimento, ad attivare la continuità

assistenziale ed il necessario supporto specialistico del servizio ospedaliero inviante, anche con strumenti di telemedicina.

Il percorso potrà avere una durata massima di 30 gg estendibili a 60 gg qualora non vi siano le condizioni oggettive di dimissibilità ed è finalizzato al rientro a domicilio del paziente.

A partire dal 31esimo giorno dall'entrata in struttura, fatto salvo certificate condizioni di indimissibilità, sarà applicata la quota di compartecipazione (50% della retta) a carico dell'utente o del servizio sociale secondo le procedure di fatto già attive e secondo le fasce d'intensità di cura assegnate dall'NDCC.

Per gli inserimenti provenienti dalle sedi di ricovero di riabilitazione, lungodegenza, CAVS, la durata non potrà superare i complessivi 60 gg con quota a carico totale del SSR che comprendono anche quelli effettuati nella struttura di provenienza (DGR 72-14420 del 20 dicembre 2004). Trascorso questo periodo sarà a carico del SSR la sola quota di competenza in relazione al livello di intensità, secondo le fasce d'intensità di cura assegnate dall'NDCC per ulteriori massimo 30 giorni.

L'UVG di residenza dell'ospite, durante il periodo di tempo sopra indicato, provvede alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare, ed è responsabile della presa in carico del paziente e della pianificazione delle fasi successive del suo percorso di cura. In tal modo viene garantita l'attivazione del percorso assistenziale attraverso l'attività valutativa dei servizi e la presa in carico sulla base della normativa che ne regola l'accesso.

Viene confermato il sistema di valutazione di cui alle DD.G.R. n. 14-5999 del 25/06/2013 e n. 34-3309 del 16/05/2016 e quindi nel caso la valutazione effettuata, nel periodo di degenza temporanea, porti ad un grado di priorità "non urgente" o "differibile" il proseguimento della permanenza in RSA comporta la corresponsione integrale della retta senza alcuna compartecipazione da parte del SSR.

Nel momento in cui la persona è dichiarata dimissibile, qualora permanga in struttura le sarà addebitata l'intera retta giornaliera.

Il trasferimento protetto potrà avvenire esclusivamente in strutture Covid free.

All'atto del trasferimento il paziente ritenuto dimissibile dal medico e con tampone NF negativo (24-48 ore antecedenti l'ingresso) verrà inserito in RSA seguendo le norme vigenti in merito alla prevenzione del rischio Covid

Qualora le condizioni di salute del soggetto ospitato presso una RSA lo consentano, questi sarà soggetto alla vaccinazione anti Covid se non ancora effettuata, in analogia alle disposizioni vigenti rispetto a questo aspetto

5) Modalità di individuazione della RSA e requisiti organizzativi e gestionali

Le aziende sanitarie locali raccoglieranno la disponibilità delle RSA interessate all'accoglienza dei pazienti provenienti da percorsi protetti con avvisi pubblici da eseguirsi almeno semestralmente.

La RSA interessata presenterà, unitamente alla documentazione richiesta, l'autocertificazione redatta secondo lo schema predisposto dalla Direzione Sanità e Welfare.

Possono presentare disponibilità all'accoglienza le sole RSA che dispongono in organico del Direttore Sanitario anche solo a tempo parziale e la presenza dell'infermiere nelle 24 ore.

La Commissione di Vigilanza socio-sanitaria di cui alla L.R. 1/2004 e s.m.i. dovrà valutare, anche mediante sopralluogo, la sussistenza delle condizioni oggetto di dichiarazione sostitutiva. In caso di valutazione positiva, la RSA sarà autorizzata allo svolgimento delle attività di cui al presente documento. In ogni caso, decorsi 30 giorni, dal ricevimento della domanda senza che siano intervenute osservazioni, la stessa si intende accolta dall'ASL ricevente.

Nel momento in cui si presenti la necessità di inserimento di un paziente, l'assenza di ospiti/operatori positivi al COVID presso la struttura sarà autocertificata dal Direttore sanitario.

La RSA interessata da tale percorso deve obbligatoriamente inserire settimanalmente le informazioni richieste sulla "piattaforma regionale strutture" così come avveniva in applicazione delle disposizioni di cui al Decreto del Presidente della Giunta Regione n. 37 del 14 marzo 2021.

La RSA che omette la trasmissione dei dati è esclusa dalle modalità d'inserimento di cui al presente provvedimento.

Ai fini dell'erogazione dei percorsi di cui alla presente deliberazione, la RSA deve possedere i requisiti organizzativi e gestionali di cui alla DGR n. 45-4248 del 30 luglio 2012 e s.m.i.

Si fa riferimento ai livelli di intensità assistenziali ivi definiti per quanto riguarda i tempi di attività erogabili a carico di ciascuna figura professionale e le prestazioni garantite, a cui corrisponde il livello tariffario previsto dalla D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013 e successive integrazioni.

La struttura RSA deve essere in possesso di tutti i requisiti strutturali tecnologici organizzativi richiesti dalla vigente normativa (anche per quanto concerne presenza del carrello delle emergenze, della distribuzione dell'ossigeno o del concentratore di ossigeno ecc., e quanto previsto dalle norme vigenti, linee guida e buone pratiche ecc, di riferimento).

Deve essere attivato, preferibilmente, un servizio di tele-medicina e gestire i flussi informativi ai sensi della normativa vigente.

Le strutture devono garantire il rispetto delle condizioni igienico sanitarie, ai sensi delle norme vigenti, linee guida e buone pratiche ecc. di riferimento. I Direttori Sanitari / Direttori delle Strutture dovranno provvedere ad assicurare l'adozione di tutte le misure atte ad evitare la diffusione di contagi (isolamento temporaneo dei pazienti non vaccinati anti Covid all'entrata, previo tampone negativo al momento dell'inserimento, garantire la somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie e consigliate <Covid, antinfluenzale, antipneumococcica HZ> vaccinazione dei propri operatori, formazione specifica agli stessi in merito ai rischi ecc, oltre a rispetto di tutte le norme, linee guida, buone pratiche ecc.).

Devono inoltre essere garantite gli incontri affettivo relazionali tra ospiti e familiari secondo la normativa vigente.

6) Prestazioni e interventi previsti

Il Percorso deve essere appropriato rispetto ai bisogni sanitari e assistenziali identificati attraverso la valutazione multidimensionale, che deve considerare:

- **quadro** clinico complessivo, presenza di comorbidità, terapie, valutazione di fattori di rischio clinico, utilizzo di presidi/ausili;
- **analisi** delle abilità psico-fisiche e funzionali della persona: cosa è in grado di fare, qual è il suo grado di autonomia, quali disabilità o quali ridotte funzionalità sono presenti, quali risorse la persona è capace di attivare per affrontare la malattia e per raggiungere gli obiettivi di cura;
- **quadro** sociale con particolare attenzione alla rete familiare (presenza/assenza di riferimenti familiari e/o caregiver professionale e non) e possibilità di attivazione della rete informale. La valutazione sociale deve essere svolta dalla figura professionale dell'Assistente Sociale del Servizio Professionale Aziendale.

7) Il progetto e il PAI

La valutazione multidisciplinare viene effettuata dall'equipe medico-infermieristica del presidio ospedaliero prima mediante la Scala di Brass, che "identifica i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata con la conseguente necessità di pianificare la dimissione protetta", e poi attraverso le Scale di Valutazione Sanitarie già in uso presso l'Unità di Valutazione Geriatrica, individuando in tal modo l'intensità assistenziale congiuntamente alla predisposizione del progetto Individuale, che definisce anche gli obiettivi di cura, le azioni/servizi da attivare rispetto ai bisogni rilevati.

Il NDCC verificherà la correttezza della richiesta, l'appropriatezza della valutazione ospedaliera, la fattibilità del progetto e ne autorizzerà l'inserimento in RSA (fatte salve diverse organizzazioni interne alle aziende sanitarie) identificando il progetto individuale iniziale.

Successivamente all'inserimento la RSA aggiornerà il Piano Assistenziale Individuale (PAI), che include i tempi, gli indicatori e le modalità di monitoraggio.

Il Progetto Individuale deve quindi anche attribuire la fascia (intensità delle prestazioni erogate, da bassa ad alta incrementata, di cui alla D.G.R. 45/2012 che conseguentemente determina le tariffe della D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013 e DGR 24-3692 del 6 Agosto 2021).

Il PAI deve prevedere:

- anamnesi, accettazione e informazioni/dati pre-ingresso;
- programmazione degli interventi (prestazioni, azioni, figure professionali coinvolte, tempi e modi concordati con il paziente/familiare di riferimento);
- valutazione intermedia;
- tempi di verifica e revisione.

Per i pazienti ricoverati in strutture di post acuzie (reparti di RRF, LDG, CAVS), il NDCC, ricevuta la richiesta di attivazione di percorso protetto in RSA da parte della Direzione sanitaria della struttura, completa di scale di valutazione che ne definiscono l'intensità assistenziale, del piano di cura attuato e di quello proposto (compresa la terapia ed eventuali prescrizioni di ausili), della motivazione della richiesta di trasferimento, autorizza o meno l'inserimento, nonché definisce il Progetto Individuale iniziale che deve quindi anche attribuire la fascia (intensità delle prestazioni erogate, da bassa ad alta incrementata, di cui alla D.G.R. 45/2012 che conseguentemente determina le tariffe della D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013 e DGR 24-3692 del 6 Agosto 2021).

Il Percorso deve essere monitorato dalla Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistito, tramite le proprie strutture distrettuali, affinché venga sempre garantito un appropriato dimensionamento del servizio offerto rispetto all'evoluzione del bisogno della persona.

Qualora nel corso del Progetto Individuale si verifichi un miglioramento delle condizioni sanitarie, può essere attivato, anticipatamente rispetto alla durata prevista, il ritorno al domicilio, che potrà essere supportato con gli ordinari interventi domiciliari disposti dalla competente UVG.

8) Modalità e criteri di accesso al percorso di trasferimento protetto

La rete attraverso la quale si sviluppa il percorso comprende:

- Pronto Soccorso/DEA;
- Reparti ospedalieri per acuti;
- Reparti di post acuzie e di Riabilitazione (RRF, LDG,CAVS)

Possono essere inclusi nel percorso i pazienti anziani ultra-sessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente:

- che si presentano in Pronto Soccorso con un problema sanitario che potrebbe essere gestito in modo efficace ed appropriato anche in sede non ospedaliera, con esclusione assoluta di criticità clinica in atto o potenziale;
- non inviabili, nell'immediato, al domicilio per:
 - problemi legati al paziente (es. impossibilità ad assumere correttamente la terapia);
 - cure domiciliari sanitarie non immediatamente attivabili al domicilio;
 - problematiche socio assistenziali od ambientali (paziente che vive solo, in assenza di caregiver o con caregiver non adeguato, domicilio non adeguato ecc...).

In caso di paziente che presenta caratteristiche che rientrano nei criteri di cui al presente punto, questo viene segnalato tempestivamente prima al NOCC e poi al NDCC, quest'ultimo ne valuta

l'idoneità e autorizzerà e/o procederà all'inserimento, nonché definisce il Progetto Individuale iniziale che deve quindi anche attribuire la fascia (intensità delle prestazioni erogate, da bassa ad alta incrementata, di cui alla D.G.R. 45/2012 che conseguentemente determina le tariffe della D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013 e DGR 24-3692 del 6 Agosto 2021).

L' NDCC in caso di pazienti di altre ASL potrà anche verificare la disponibilità di un posto letto e procedere all'inserimento direttamente presso la RSA Covid free più vicina alla residenza/domicilio dello stesso (e quindi anche diversa dall'Asl inviante), previa comunicazione e raccordo con NDCC di residenza dell'assistito.

Qualora attraverso l'NDCC di residenza non siano confermati i requisiti necessari all'inserimento, che comprende l'esito di non autosufficienza e di progetto proposto della commissione UVG, l' NDCC dovrà provvedere di norma entro 4 gg a individuare e procedere all'inserimento in altra sede ritenuta più idonea al caso (es. CAVS).

Il numero di inserimenti effettuati nelle singole strutture, monitorate dal NDCC/Distretto/UVG dovrà rispondere anche ad una esigenza di garanzia di equità circa la distribuzione dei ricoveri nelle RSA del territorio disponibili al trasferimento.

Dell'inserimento in RSA deve essere data contestuale comunicazione al MMG (medico di medicina generale) dal NOCC e/o dal NDCC dell'ASL di residenza del paziente, l'NDCC attiverà la rilevazione del flusso informativo necessario.

Ogni ASL sulla base del proprio modello organizzativo attraverso le strutture dedicate procederà nel più breve tempo possibile a supportare la famiglia o il paziente nel procedere alle domande ai servizi territoriali per l'attivazione dei percorsi di valutazione utili al caso (es. domanda di rivalutazione UVG).

Se per il trasferimento del paziente è necessario il trasporto in autoambulanza, i relativi costi sono a carico dell'ospedale inviante.

Se il trasferimento avviene da un CAVS/RRF/LDG i relativi costi sono a carico dell'ASL di residenza del paziente

Durante il ricovero in RSA i trasporti in ambulanza per esami non effettuabili all'interno del presidio e già programmati dalla sede di ricovero inviante saranno a carico della ASL di residenza del paziente, ad eccezione del rientro in Struttura dopo invio in PS che è ricompreso nella retta giornaliera e quindi a carico della RSA ospitante.