

**Percorso di attuazione del principio della libera scelta ai sensi dell'art. 2 comma 4 L.R. 82/2009 *Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.***

<b>Premessa</b> .....	2
<b>1) Il principio della libera scelta (art. 2 comma 4 L.R. 82/2009)</b> .....	5
<b>2) Uniformità della retta</b> .....	7
<b>3) Semplificazione e Revisione del percorso di Accreditamento</b> .....	8
<b>4) I sistemi di affidamento del servizio di gestione delle strutture pubbliche per anziani</b> .....	10
<b>5) Stipula Accordo/contratto tipo</b> .....	12
<b>6) Il Portale regionale delle RSA</b> .....	13
<b>7) Parametri del personale</b> .....	15
<b>8) Le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona</b> .....	17
<b>9) Altre criticità</b> .....	18

## **Premessa**

L'assistenza alle persone non autosufficienti, prevalentemente (ma non esclusivamente) anziane, è, da tempo, una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro uno dei Paesi più longevi al mondo: le risposte assistenziali sono inadeguate, sia per le risorse complessive disponibili, quanto per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse.

Sono circa due milioni gli anziani in condizione di disabilità che vivono in famiglia, ed oltre 300mila gli anziani ospiti nelle strutture residenziali, secondo l'ultimo dato Istat disponibile. Un dato destinato ad aumentare in modo cospicuo nei prossimi anni, in conseguenza dell'ulteriore invecchiamento della popolazione. Oggi vivono in Italia un milione e 600 mila ultra85enni e si prevede che tra 10 anni saranno 2 milioni e 400 mila. Il percorso di presa in carico dell'anziano non autosufficiente riguarda una parte di questa popolazione e, in particolare, coinvolge tutte quelle persone che presentano un "bisogno assistenziale complesso", ovvero non autosufficienti in almeno una attività di base della vita quotidiana, fino alle persone allettate in modo permanente, che necessitano di una corretta valutazione delle risposte, sia nella loro entità, quanto nella loro efficacia.

Dati del Sistema Statistico Nazionale e Regionale impongono di riflettere sulle previsioni demografiche dell'intero Paese e in particolare della Toscana, regione in cui si prevede che i soggetti ultrasessantacinquenni registreranno un incremento nel 2020 e 2025 rispettivamente del 11,1% e del 16,9%. Se spostiamo l'attenzione al passato recente, osserviamo che nell'arco di solo un anno, nel 2014 rispetto al 2013, si è registrato l'aumento della popolazione anziana del 2,67% passando da 892.803 a 916.640 anziani residenti.

Nel 2014 la percentuale di popolazione over 65 anni rispetto alla popolazione totale residente (3.750.511) è pari al 24,44% mentre la percentuale di soggetti over 75 anni rispetto a tutti i residenti anziani è risultata superiore al 51,67% del totale.

L'indice di vecchiaia, ovvero l'indice che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione dato dal rapporto percentuale tra il numero degli ultra sessantacinquenni ed il numero di giovani fino ai 14 anni, è aumentato sensibilmente nel corso dell'ultimo triennio passando dal 186,0 nel 2012, al 187,5 nel 2013 e infine al 190,1 nel 2014.

Parimenti anche l'indice di dipendenza strutturale anziani, ovvero l'indice che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione ultra 65enne su quella attiva (15-64 anni), ha subito la stessa evoluzione passando dal 37,7 nel 2012, al 38,4 nel 2013 e al 39,0 nel 2014.

Preoccupante quindi è anche il dato relativo alla fragilità, rispetto alla quale assume un ruolo centrale la prevenzione della disabilità che tanto pesantemente incide sulla qualità di vita dell'anziano e sui costi socio-sanitari

La quota degli anziani fragili nel 2014 (122.420 secondo lo studio BiSS condotto da ARS) supera il 13% della popolazione anziana mentre i non autosufficienti si attestano al 9,5% del totale con un'area di bisogno assistenziale che sfiora il 23% del totale degli anziani.

Una delle conseguenze più rilevanti dell'invecchiamento demografico, sia per la valutazione della qualità di vita dei soggetti anziani che per l'assetto organizzativo del welfare, è il bisogno di assistenza più o meno continuativa per l'inabilità temporanea o definitiva di svolgere le attività di vita quotidiana. La progressiva riduzione dell'autonomia funzionale nella popolazione anziana e l'insorgere di patologie invalidanti con il progredire dell'età assume dimensione sociale tutt'altro che trascurabile, anche nella nostra realtà: cresce infatti la presenza di anziani all'interno delle famiglie per cui si calcolano in 629 mila le famiglie toscane con almeno un anziano presente e in circa 396 mila quelle composte soltanto da anziani. Le persone ultra 65enni che vivono da soli sono circa il 26% del totale. La rete familiare è sempre più fragile e inadeguata a prendersi cura dei bisogni

dell'anziano per cui la tutela dei soggetti più deboli è spesso garantita dalla rete di supporto informale e dalle prestazioni sociali.

Alcuni economisti sanitari ci dicono che non è automatico un aumento delle problematiche di non autosufficienza a fronte della crescita delle aspettative di vita, in quanto le condizioni fisiche delle persone tendono ad essere migliori a parità di anni rispetto a quelle delle generazioni precedenti.

I problemi veri che premono sulla sostenibilità dei modelli di welfare in realtà sono la scomparsa delle reti familiari e comunitarie e un'organizzazione della società che non è a misura di persona anziana, quindi fattivamente portata ad aumentare il grado di non autonomia delle persone.

E' quindi sempre più evidente che il bisogno espresso dalla fascia di cittadinanza ultra sessantacinquenne è in vertiginoso aumento, ma anche soggetto a cambiamenti sostanziali per quantità e qualità.

Una importante considerazione va fatta in merito al sistema che si va costruendo, in un alveo di dichiarata maggiore prossimità in quanto privilegia la territorialità, nell'auspicato e condiviso intento di progredire e migliorare l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali attraverso un'ulteriore evoluzione delle prestazioni socio - sanitarie caratterizzata dal passaggio, culturale prima ancora che metodologico, dalla cura al "prendersi cura", a fronte della perdurante mancanza della definizione dei LIVEAS/LEPS e mentre si attende una prossima revisione dei LEA.

Le norme esistenti in materia di residenzialità delineano un complesso differenziato di soluzioni, che richiede costantemente di essere aggiornato e adeguato in base all'evolversi del quadro epidemiologico e sociale, proprio per poter assicurare l'appropriatezza dell'intervento.

Appare quindi necessario indirizzarsi verso un consolidamento della rete complessiva dell'offerta coordinata e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale, nella quale i gestori delle RSA, pubblici e privati nonché il mondo delle cooperative e del terzo settore trovino una collocazione solida e stabile che consenta loro di adeguarsi sistematicamente all'evolversi dinamico della domanda e alle richieste del servizio pubblico, attraverso un confronto costante e trasparente, ai vari livelli, con le parti sociali.

Allo stesso tempo non è più derogabile l'avvio di azioni volte a disciplinare la materia della residenzialità al fine di consentire l'applicazione delle determinazioni regionali in maniera congrua ed omogenea all'interno dell'intero territorio regionale, integrando ed aggiornando, laddove necessario, le norme che a tutt'oggi appaiono controverse o datate alla luce degli inevitabili cambiamenti socio-demografici ed economici intervenuti.

Il percorso di confronto avviato nel 2011 con tutti gli attori coinvolti a diverso titolo nella gestione della residenzialità e della non autosufficienza riferita ad anziani ultrasessantacinquenni, e sistematizzato con la DGR 1044/2011, ha consentito, nel corso del 2012 e del 2013 la realizzazione di alcune azioni che, in una filosofia di mantenimento dei principi del sistema, hanno avuto lo scopo di mettere in campo tutte le risorse e le competenze disponibili, in modo da offrire risposte appropriate e sostenibili in considerazione del crescente bisogno rilevato.

Gli uffici regionali attraverso il censimento delle strutture residenziali di ospitalità per anziani effettuato annualmente, avvalendosi dei dati forniti dai competenti uffici territoriali, sono in grado di conoscere il panorama esistente ed avere informazioni di massima sugli aspetti rilevanti del settore quali il numero di posti letto, le convenzioni attivate, i moduli esistenti, la natura giuridica delle strutture, la situazione autorizzativa, la retta applicata, ecc.

La Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana partendo dai dati raccolti attraverso il censimento annuale e dalle giornate di ascolto, avviate nel corso del primo semestre 2011, delle diverse realtà coinvolte nell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, ha potuto rilevare le criticità del sistema ma soprattutto una rilevante variabilità tra i territori e le strutture per anziani, sia in termini di tipologia e qualità dei servizi offerti dalle RSA, sia, sul versante dei costi, per ciò che riguarda le quote sociali richieste ai cittadini utenti. Si è registrata, inoltre, l'assenza di criteri condivisi di valutazione delle prestazioni offerte e di definizione delle tariffe dei servizi erogati.

L'analisi delle determinanti di questa variabilità e delle eventuali ricadute in termini di equità sui cittadini, è stata affidata al Laboratorio MeS dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che, mutuando dall'esperienza maturata nella valutazione delle Aziende sanitarie, ha proposto un sistema di valutazione multidimensionale delle performance delle RSA toscane.

Nell'ultimo trimestre del 2011, quindi, è stato avviato il progetto "Il sistema delle RSA in Toscana: mappatura e valutazione" avente lo scopo di supportare la Regione Toscana nel processo di analisi del contesto regionale e offrire alle Aziende la possibilità di confrontarsi.

Conclusa la fase sperimentale del Progetto è stato possibile delineare un linguaggio comune di analisi e di determinare comuni dimensioni di valutazione dei livelli quali/quantitativi dei servizi offerti dalle RSA.

Nello specifico, si è provveduto ad effettuare la **Mappatura** e l'analisi delle caratteristiche principali delle strutture quali tipologia e copertura dei servizi, modalità gestionali, tipologie assistite, CCNL e quote sociali applicate ecc; la **Validazione di dimensioni di valutazione** delle performance con relativi indicatori, relativamente all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria, all'efficienza economico-finanziaria e alla soddisfazione degli utenti e degli operatori; l'**Analisi dei risultati ed elaborazione di bersagli** attestanti i livelli di qualità registrati, per ogni dimensione sopra descritta, per ciascuna RSA partecipante.

La Regione Toscana con Delibera GRT n. 496 del 25 giugno 2013 ha preso atto dei risultati del Progetto Pilota condotto dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa "Il Sistema delle RSA in Toscana: mappatura e valutazione" e ha contestualmente avviato il percorso finalizzato a portare a sistema tale strumento di analisi.

Il presente documento si propone di analizzare le principali criticità ad oggi esistenti, aggregate per singola tematica, con l'indicazione, per ciascuna di esse delle **azioni** e degli **strumenti** concreti da attivare per la loro realizzazione e relativa **tempistica**.

## **1) Il principio della libera scelta (art. 2 comma 4 L.R. 82/2009)**

La Legge n. 328 dell'8.11.2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" definisce, all'art. 22 comma 2, *"i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi..... , nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale"* e fra questi ricomprende, al medesimo articolo lettera g *"gli interventi per le persone anziane e disabili .....per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio"* e all'art. 17 comma 2, demanda alla regione la disciplina per l'erogazione di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il DPGRT n. 29/R del 03.03.2010, Regolamento di attuazione della L.R. 28.12.2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla personale del sistema sociale integrato), il quale, all'art. 4 co.1 prevede che *"i titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati, costituiscono il controvalore di una somma utilizzabile per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da soggetti accreditati e inseriti negli elenchi comunali di cui agli art. 4 e 7 della L.R. 82/2009"*, all'art. 4 co.2 prevede che *"i titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati sono concessi dal Comune e dall'Azienda USL, su richiesta degli interessati, sulla base del percorso assistenziale personalizzato, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 41/2005 e dell'art. 14 della L.R. 66/2008, nonché nel rispetto della disciplina sull'ISEE"*, all'art. 4 co.3 prevede che *"i titoli per l'acquisto sono vincolati alle prestazioni previste nel progetto individuale d'intervento e non sono cedibili a terzi"*, all'art. 4 co.4 prevede che *"i beneficiari dei titoli d'acquisto dei servizi sociali integrati utilizzano i titoli presso il fornitore prescelto, il quale richiede all'ente concedente il corrispettivo del valore del relativo titolo d'acquisto"* e all'art. 4 co.5 prevede che *"il comune o l'Azienda USL, sulla base di specifici accordi, possono erogare titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati, comprensivi sia del corrispettivo sanitario che sociale del servizio, sulla base dell'art. 49 della L.R. 41/2005"*;

La Regione Toscana con circolare Prot. n. AOO-GRT/147710/R.60.20. del 09.06.2011 ha fornito chiarimenti e indicazioni in merito a tematiche che sono risultate problematiche nella prima fase di applicazione di quanto disposto dalla sopra richiamata L.R. 82/2009 mentre con successiva circolare Prot. n. AOO-GRT/36739/R.120 del 07.02.2012, ha invitato le Aziende USL e le SdS, nelle more della conclusione dei lavori del "Tavolo regionale programmato sul tema non autosufficienza e residenzialità", a sospendere l'emanazione di ogni direttiva rivolta all'organizzazione del sistema integrato dei servizi socio sanitari, in modo da consentire l'applicazione delle determinazioni regionali in maniera congrua ed omogenea.

La mancanza di una puntuale indicazione legislativa in merito alla fase successiva a quella dell'accREDITAMENTO da un lato e il riconoscimento esplicito del diritto di scelta degli utenti fra strutture e servizi accreditati dall'altro ha creato disomogeneità di interpretazioni delle disposizioni previste nella L.R. 82/2009 soprattutto rispetto al rapporto tra l'accREDITAMENTO stesso e l'immediata abilitazione ad erogare prestazioni con oneri a carico dell'ente pubblico.

Di fatto l'intento della Regione Toscana con la L.R. 82/2009 era quello di istituire un sistema di accREDITAMENTO istituzionale in grado di garantire servizi qualitativamente omogenei sul territorio per offrire risposte adeguate ed appropriate ai bisogni assistenziali dei cittadini e quindi configurare l'accREDITAMENTO come strumento di qualificazione dei soggetti idonei a prestare un servizio pubblico operando di fatto un processo di selezione degli erogatori di servizi assistenziali, accertandone la capacità di soddisfare determinati

livelli di assistenza per garantire la qualità dell'offerta e l'appropriatezza dell'uso delle risorse.

In quest'ottica l'accreditamento si configura come una condizione necessaria ma non sufficiente per l'individuazione di soggetti che possono concorrere all'erogazione di prestazioni a carico del sistema pubblico attivati i necessari **accordi negoziali** nell'ambito della programmazione socio-assistenziale regionale e locale e in **coerenza con le risorse disponibili**.

Sulla base del complesso delle norme che disciplinano il sistema sociale integrato, non esiste ad oggi un automatismo fra l'effettività del diritto di scelta e l'accreditamento. Il complesso processo che deve essere avviato deve necessariamente partire da una omogeneizzazione dell'offerta disponibile sia dal punto di vista qualitativo che da quello relativo alle tariffe applicate che dovranno essere parametrizzate ai servizi erogati nonché agli standard di qualificazione predefiniti e successivamente sarà necessario prevedere l'attuazione di appositi accordi/contratti tra le parti ovvero l'utilizzo di strumenti previsti per l'affidamento dei servizi a soggetti terzi.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

Tempistica: 2 anni

## 2) Uniformità della retta

Come specificato al punto precedente, condizione necessaria per attuare il principio della libera scelta nell'ambito delle strutture accreditate e disponibili è quella di fornire, a livello regionale, indicazioni tariffarie di riferimento per gli enti locali titolari delle funzioni amministrative e gestionali dei servizi al fine di garantire ai cittadini la possibilità di orientare sulla base di criteri definiti (possesso di particolari requisiti, offerta di prestazioni aggiuntive, ecc.) la scelta della struttura.

La Regione Toscana, con il supporto di professionisti territoriali membri di Commissioni Multidisciplinari di Vigilanza e Controllo, ha ritenuto necessario ipotizzare alcuni indicatori strutturali utili per determinare fasce differenziate di quota sociale nelle RSA partendo dal presupposto che le strutture per non autosufficienti presenti in Toscana sono in possesso di autorizzazione al funzionamento sulla base di diverse normative che si sono succedute nel tempo e conseguentemente gli standard presenti non sono immediatamente confrontabili.

Gli indicatori ipotizzati sono da considerarsi un punto di partenza per iniziare ad affrontare la definizione di fasce omogenee di quota sociale a livello regionale e cui dovrà necessariamente seguire l'individuazione di ulteriori indicatori che vadano ad identificare aspetti qualitativi in termini organizzativi e professionali.

Si dà per scontato che tutte le strutture, essendo in possesso di autorizzazione al funzionamento e quindi dell'accreditamento, rispettino tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente.

Al momento la proposta è quella di considerare, con una differente valorizzazione, gli aspetti immediatamente identificabili e oggettivabili della parte strutturale ed alberghiera delle RSA.

Alcuni degli aspetti su cui verranno determinati gli indicatori saranno, per esempio, la tipologia delle camere e le caratteristiche dei letti, i locali soggiorno, socializzazione, attività varie, i bagni, gli spazi per servizi di cura alla persona e gli spazi esterni, gli spazi per il culto, l'ubicazione, la cucina, la presenza della camera mortuaria, l'orario di accesso alla struttura, la presenza di ascensori monta lettighe, del sistema di condizionamento microclima interno, del generatore elettrico, di bagni ad uso esclusivo dei visitatori, ecc.

Sulla base della pesatura che verrà assegnata agli elementi considerati all'interno di ogni voce di cui sopra, sarà calcolato un punteggio massimo.

Rispetto alle strutture con modulo specialistico e/o Centro Diurno, saranno presi in considerazione ulteriori indicatori, sostanzialmente riferiti alla condivisione e meno degli spazi tra i diversi moduli, la cui pesatura andrà a costituire un ulteriore punteggio da sommare al punteggio ottenuto rispetto agli elementi considerati per il modulo base.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

Tempistica: 1 anno

### **3) Semplificazione e Revisione del percorso di Accreditamento**

L'istituto dell'accreditamento rappresenta per tutti gli attori coinvolti uno strumento di particolare interesse, anche in considerazione del fatto che la L.R. 82/2009 e il Regolamento di attuazione DPGR 29/R/2010 sono andati a regime in data 29 giugno 2011.

Apposito Tavolo regionale, composto da referenti regionali e territoriali, laboratorio MeS, Agenzia Regionale di Sanità, ANCI e Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, ha lavorato, dal 2014, con il mandato di operare un profondo aggiornamento del sistema di accreditamento socio-sanitario partendo da una revisione completa dei requisiti/indicatori, per passare da un modello di accreditamento "formale" a un modello di accreditamento "sostanziale".

Una prima fase del lavoro del Tavolo, focalizzata sull'analisi dei Requisiti Generali previsti per le strutture residenziali, si è conclusa con la proposta di una considerevole semplificazione e dell'eliminazione di una parte degli attuali Requisiti che sono stati ritenuti attinenti al momento autorizzativi o comunque ridondanti rispetto a quanto previsto nei Requisiti Specifici per le singole tipologie di struttura.

Sulla base della proposta di semplificazione della Parte Generale sarà avviato un percorso di revisione che possa salvaguardare e valorizzare da un lato lo sforzo che gli operatori del settore hanno compiuto per rispondere a quanto richiesto dal Regolamento 29/R e, dall'altro, consenta la realizzazione di un sistema di accreditamento più aderente ai principi di appropriatezza ed efficienza, oltre che di tutela dei diritti dei cittadini, che adotti l'ottica del percorso di presa in carico e del miglioramento continuo, garantendo la qualità reale dei servizi erogati.

Per avviare tale processo si ritiene debbano essere sciolti preliminarmente alcuni nodi cruciali che possono essere riassumibili in:

- una natura meno "burocratica" e più orientata verso una reale promozione di sistemi di gestione per la qualità orientati ad innalzare i livelli di assistenza erogata e percepita dall'utente,
- mancanza di indicazioni operative relativamente alla compilazione degli indicatori, del loro collegamento esplicito con i requisiti e del valore atteso o di un intervallo di valori accettabili per ogni indicatore,
- omogeneizzazione del funzionamento delle Commissioni, composizione, programmazione e modalità dei controlli prevedendo linee guida regionali e formazione continua specifica

Contemporaneamente proseguirà il lavoro condiviso con il gruppo di lavoro tecnico regionale in materia di accreditamento per la definizione degli elementi di semplificazione relativi ai requisiti specifici, per le strutture residenziali e semiresidenziali.

Successivamente il Gruppo lavorerà alla definizione degli indicatori di valutazione della qualità per le strutture residenziali e semiresidenziali comprensiva di linee guida per la loro applicazione ed interpretazione omogenea nell'intero territorio regionale prevedendo anche una strategia di revisione degli stessi in modo tale che possano rappresentare uno strumento che permetta di tenere sotto controllo e di approfondire i requisiti strategici e di eccellenza.

Nel secondo semestre del 2015 sarà invece realizzata la semplificazione dei requisiti dei servizi di assistenza domiciliare e altri servizi di assistenza alla persona (allegati B e C del Regolamento 3 marzo 2010, n. 29/R), comprensiva della definizione di linee guida per



l'applicazione dei requisiti stessi e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati, raggiunti come successivamente determinati.

Rispetto al percorso di semplificazione

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

Tempistica: 6 mesi

Rispetto al percorso di revisione

Strumenti: tavoli dedicati, atto normativo

Tempistica: 2 anni

#### 4) I sistemi di affidamento del servizio di gestione delle strutture pubbliche per anziani

Nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria che disciplina le procedure di affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione, gli enti pubblici devono procedere all'affidamento dei servizi con procedure di aggiudicazione ad evidenza pubblica che valorizzino gli elementi di qualità, organizzazione e professionalità dei soggetti candidati. Devono altresì tenere conto, negli atti di indizione della gara, dell'incomprimibilità del costo del lavoro come determinato dai contratti nazionali di lavoro sottoscritti. Oltre alle condizioni di miglior vantaggio economico, nel rispetto del DPCM 30 marzo 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona", si deve tener conto dei seguenti elementi qualitativi:

- a) formazione, qualificazione ed esperienza professionale degli operatori coinvolti;
- b) modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;
- c) appropriatezza rispetto agli specifici problemi sociali del territorio ed alle risorse sociali della comunità;
- d) strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
- e) il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
- f) strumenti di comunicazione e trasparenza per l'informazione e la tutela degli utenti, quali, ad esempio, carta dei servizi, bilancio sociale;
- g) valorizzazione degli elementi di qualità, organizzazione e professionalità dei soggetti candidati, anche sulla base delle esperienze maturate nel settore.

Non bisogna dimenticare, infatti che trattandosi infatti di servizi alla persona non vi è dubbio che il criterio di aggiudicazione del prezzo più basso sia il meno idoneo a garantire la buona erogazione del servizio ed la tutela dei diritti umani, sociali e sanitari degli utenti.

In materia di appalti pubblici nei servizi sociali, l'altra norma di riferimento è quella contenuta negli articoli 20 e 27 del Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" e s.m.i.. In particolare l'articolo 27 stabilisce, tra l'altro, che l'affidamento dei contratti pubblici aventi ad oggetto lavori, servizi forniture, esclusi, in tutto o in parte, dall'applicazione del codice stesso, avviene nel rispetto dei principi di **economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità** in linea con la normativa comunitaria di riferimento aggiornata nel 2014.

Le indicazioni di massima a tutt'oggi valide ed attuali sono quelle di escludere il sistema del massimo ribasso (divieto sancito anche dal primo comma art. 19 della L.R. 41/2005) e di utilizzare il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa così come ribadito anche dal Protocollo di Intesa sottoscritto da Regione, Comuni, UNCEM Toscana, Società della Salute, Organizzazioni Sindacali e Associazioni cooperative e approvato con Del. GRT 271/2005.

Nello specifico si ritiene debba essere esclusa la modalità di affidamento del servizio che prevede il pagamento vuoto - per pieno e debba altresì essere incentivata ogni modalità che, in linea con il principio della libera scelta, contribuisca al miglioramento del servizio stesso. Pertanto il soggetto pubblico, proprietario di una RSA, che deciderà di affidare a soggetti terzi i servizi socio-sanitari, socio-assistenziali e/o complementari, previo espletamento di gara pubblica nel rispetto della vigente normativa in materia di appalti pubblici dovrà prevedere negli atti di gara prima e all'atto della stipula poi, che la remunerazione del soggetto aggiudicatario avverrà sulla base delle effettive giornate di presenza degli ospiti.

E' opportuno precisare che essendo la quota sanitaria fissata a livello regionale con appositi atti deliberativi, essa non può essere soggetta a sconti o decurtazioni sulla base di valutazioni aziendali, né può essere disatteso l'adeguamento ISTAT quando previsto. Non è pertanto consentito mettere a gara i servizi ponendo come base d'asta il ribasso della quota sanitaria che si tradurrebbe necessariamente in una riduzione del livello dei servizi e delle prestazioni erogate.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

Tempistica: in base alla scadenza dei contratti in essere

## 5) Stipula Accordo/contratto tipo

Come sopra richiamato, al fine dell'effettiva realizzazione del sistema della libera scelta, si ritiene che sia propedeutica la stipula di appositi accordi/contratti tra le parti interessate al fine di dare una formale definizione dei rapporti giuridici intercorrenti tra il sistema pubblico deputato alla programmazione socio-assistenziale territoriale e i soggetti accreditati produttori di servizi, nonché gli elementi essenziali che regolano il rapporto tra RSA ospite.

Si ritiene opportuno in questa prima fase fornire indicazioni sui contenuti minimi dello schema di accordo/contratto il cui schema si ritiene debba essere approvato a livello regionale con apposito atto, previa concertazione con tutti gli attori del sistema, nel rispetto del diverso ruolo ricoperto da ciascuno, nell'ottica di uno sforzo sinergico per il relativo superamento delle criticità e delle difformità ad oggi esistenti.

Fermo restando che l'accordo/contratto tra le parti può essere stipulato solo in presenza di autorizzazione al funzionamento e accreditamento, lo stesso disciplinerà i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali da parte delle strutture interessate alla stipula.

L'Azienda USL, la Società della Salute e i soggetti comunque individuati dalla vigente normativa quali enti deputati alla programmazione degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali, dovranno stabilire il budget annuo stabilito per coprire la spesa sanitaria e sociale sulla base del fabbisogno di posti letto stimato.

Nell'accordo/contratto saranno regolamentate:

- le modalità di ammissione e dimissione dell'ospite, nonché le modalità di attivazione di ricoveri temporanei e di urgenza, e quindi i rapporti con il territorio (UVM) e gli adempimenti previsti per la struttura rispetto all'implementazione del sistema informativo;
- le prestazioni garantite, ai sensi della normativa vigente, rispetto ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e strutturali;
- la tutela della salute e quindi i rapporti con il territorio e con la medicina generale;
- l'organizzazione degli spazi e della vita comunitaria,
- la presenza di Regolamento interno e di tutta la documentazione prevista dalla normativa vigente;
- le modalità di corresponsione alla struttura del titolo d'acquisto per la parte sanitaria e per la parte sociale, della quota a carico dell'ospite;
- le modalità di conservazione del posto letto in caso di assenza temporanea e la percentuale dell'importo del titolo di acquisto relativo alla quota sociale a carico del cittadino per il mantenimento dello stesso;
- gli adempimenti assicurativi obbligatori;
- i rapporti con le Commissioni di Vigilanza e Controllo;
- la formazione e l'aggiornamento del personale, il trattamento e la tutela dei lavoratori, gli adempimenti relativi alla salute e alla sicurezza degli stessi;
- l'eventuale affidamento di servizi in appalto a soggetti terzi;
- l'eventuale attivazione di ulteriori servizi nella struttura;
- le inadempienze e la risoluzione del contratto.

Strumenti: tavoli dedicati, atti amministrativi

Tempistica: 1 anno

## 6) Il Portale regionale delle RSA

Gli Uffici regionali hanno affidato all'Agenda Regionale di Sanità l'impostazione, la gestione e l'implementazione di un portale dedicato all'offerta residenziale toscana che possa essere utilizzato sia dai cittadini che si trovano nella situazione di dover scegliere la struttura e abbiano interesse a confrontare l'offerta per valutare e orientare la propria decisione, sia dagli operatori del sistema allo scopo di verificare in tempo reale la disponibilità dei posti letto.

Il portale contiene sia una Sezione ad accesso libero, ma con obbligo di iscrizione e registrazione con password al fine di poter tracciare gli accessi in termini di target e provenienza territoriale, sia una Sezione ad accesso limitato agli operatori ovvero ai soggetti abilitati che gestiscono il sistema.

All'interno del Portale saranno presenti informazioni generali e strutturate per tutte le strutture della Regione Toscana e una mappa georeferenziata. I dati saranno selezionati fra quelli raccolti attraverso la Mappatura effettuata dal Laboratorio MeS dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, resa obbligatoria dalla D.G.R.T. n. 496 del 25 giugno 2013, a cui le strutture potranno direttamente aggiungere elementi qualificativi delle proprie strutture.

Inoltre, in apposita sezione, saranno pubblicate informazioni normative e amministrative specifiche sulle RSA e più in generale sulla Non autosufficienza.

In una seconda fase, da tale sezione, per potenziare la capacità di scelta del cittadino, le strutture che hanno aderito al sistema di valutazione o a progetti sperimentali condotti da ARS o Laboratorio MeS, potranno decidere di rendere consultabile anche alcuni indicatori relativi al livello di qualità della struttura.

Sarà altresì previsto un motore di ricerca che consenta al cittadino di scegliere sulla base del nome, della ubicazione geografica, della tipologia di struttura.

Nella Sezione ad Accesso limitato agli operatori sarà presente un collegamento con il sistema informativo di Regione Toscana (Flusso AD-RSA), un collegamento con il sito del Laboratorio MeS per poter accedere al sistema dei bersagli delle strutture che si sono sottoposte al sistema di valutazione delle performance e un collegamento con il sito di ARS per la visualizzazione degli Indicatori di Appropriatezza delle strutture.

Tale sezione inoltre renderà possibile visualizzare la disponibilità dei posti e consentire all'operatore di rappresentare al cittadino la disponibilità dei posti nelle strutture accreditate, costituendo dunque una interfaccia indispensabile per la libera scelta. Tale operazione ovviamente sarà possibile solo se sarà attuata una effettiva messa in rete di tutte le strutture operanti sul territorio regionale che dovranno tempestivamente implementare il sistema con i dati relativi alla movimentazione degli ospiti.

Si ricorda a tale proposito che con DGRT n. 818/2009 è stato approvato il Protocollo di Intesa per l'adeguamento della quota sanitaria nelle R.S.A. tra: Regione Toscana, Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL, UIL, Direttori Generali Aziende USL coordinatori di Area vasta nord-ovest, Area vasta centro, Area vasta sud-est e le Rappresentanze dei gestori delle RSA (Allegato A) che prevede tra l'altro la realizzazione di un sistema informativo integrato che assicuri, attraverso moderne tecnologie informatiche e telematiche, l'acquisizione online dei dati relativi ai servizi attivi nelle strutture, il loro monitoraggio in tempo reale e l'opportuna informazione alle comunità ed alle persone interessate.

L'ARS, in sinergia con tutti gli operatori che a vario titolo operano nell'ambito della residenzialità, garantisce una continuativa e puntuale attività redazionale del sistema.

L'adesione al portale regionale delle RSA da parte delle strutture costituirà elemento obbligatorio per l'accreditamento.

Strumenti: amministrativi

Tempistica: 1 anno

## 7) Parametri del personale

Ai fini della verifica del personale e degli aspetti gestionali sono in essere diverse fonti normative la Del. CRT 228/98, la Del. CRT 311/98, la Del. GRT 402/04 ed il DPGRT 15/R del 2008.

Al fine di fare chiarezza e garantire uniformità di comportamento sul territorio regionale anche rispetto ai controlli delle Commissioni di Vigilanza si ritiene opportuno fornire alcune indicazioni sul calcolo dei parametri del personale partendo dal Periodo di riferimento.

Si ritiene non opportuno prendere a riferimento il rispetto del monte ore sull'arco dell'intero anno, poiché il monte ore annuo non permette di verificare se, in periodi più brevi (mese/bimestre), la struttura abbia fornito parametri di personale adeguati garantendo o meno la continuità nel livello assistenziale previsto dalla norma.

Pertanto si ritiene che il monte ore annuo debba essere mensilizzato.

Ad esempio: il dovuto annuale teorico per l'assistenza alla persona in una RSA di 40 posti è di 32.680 ore; la struttura dovrà garantire mensilmente un monte ore calcolato dividendo il totale annuale per 365 giorni e moltiplicando il risultato per il numero dei giorni del mese:  $(32.680/365) * 31 = 2.775$  ore il mese.

Fermo restando la mensilizzazione delle ore annue dovute ai fini della verifica del rispetto del monte orario, la difficoltà ai fini del calcolo si potrebbe porre nel caso in cui la struttura avesse occupati un numero di posti inferiori rispetto al numero dei posti autorizzati.

L'ipotesi individuata su cui parametrare il monte ore mensile dovuto, frutto di un ragionamento con i professionisti del territorio che hanno valutato punti di forza e di debolezza di un ventaglio di soluzioni prospettate, è applicabile in una prima fase alle strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria Assistenziale) e potrà successivamente essere estesa alle strutture semiresidenziali per persone anziane.

Preme sottolineare che per assistiti effettivamente presenti si devono intendere tutte le persone ospitate (privati e convenzionati) inclusi quelli temporaneamente ricoverati in ospedale.

L'accertamento del rispetto dei parametri di personale dovuto è calcolato, rapportando la media delle presenze degli ospiti nei tre mesi precedenti (Media di presenze trimestrale: somma delle presenze giornaliere/n. giorni del trimestre), alla media del monte ore lavorate da ciascuna figura professionale nello stesso periodo di tempo, indipendentemente dal numero di posti letto autorizzati.

Ogni tre mesi le RSA dovranno inviare alle Commissioni competenti l'elenco nominativo del personale per qualifica e monte ore lavorate per ciascun mese, l'elenco degli ospiti ricoverati in regime di convenzione e in regime privato presenti nel trimestre e il totale delle giornate di degenza registrate, una sintesi riepilogativa del monte ore lavorate per qualifica professionale e delle giornate di degenza nel periodo.

I dati raccolti saranno restituiti agli uffici regionali per le finalità di monitoraggio e governo del sistema.

Le Commissioni verificheranno comunque il numero degli ospiti e del personale presenti al momento della verifica.

Altro elemento di riflessione emerge su tutti quei casi in cui le strutture non abbiano personale dedicato alle pulizie e nelle quali tali attività sono svolte dal personale di assistenza.

Si ribadisce che in questi casi è necessario indicare chiaramente nel piano di lavoro le ore che il personale di assistenza dedica alle attività di pulizia, fermo restando che tali ore non devono essere conteggiate nelle ore di assistenza.

Sono da considerarsi ore di servizi generali le attività di: pulizia degli spazi comuni (sala mensa, cucina corridoi, bagni della zona giorno, locale bagno assistito, spogliatoi, magazzini, spazi esterni, vetrate ecc..) compresa la pulizia straordinaria delle camere degli ospiti e il servizio di lavanderia.

La chiarezza rispetto all'elemento di cui sopra risulta determinante per calcolare le effettive ore di assistenza prestate.

Altra importante riflessione deve essere effettuata relativamente al personale presente durante il turno notturno. La notte rappresenta uno dei momenti più delicati e a rischio soprattutto perché nel turno di notte il numero degli operatori subisce una sensibile riduzione. Affinché l'assetto organizzativo possa essere sostenibile in termini di sicurezza per gli operatori e per gli ospiti sarebbe auspicabile che, indipendentemente dal numero dei posti autorizzati, siano in turno sempre almeno due operatori. A maggior ragione laddove le strutture siano articolate su più piani.

Strumenti: tavoli dedicati, atto amministrativo

Tempistica: 1 anno



## **8) Le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona**

All'interno del sistema toscano dei servizi si collocano le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP) disciplinate dalla legge regionale 43/2004, a seguito del riordino avviato con l'articolo 10 della legge 328/2000. L'istituzione di Aziende pubbliche di servizi alla persona rappresenta un rafforzamento del ruolo degli enti locali nel complesso sistema della protezione sociale grazie all'effettivo inserimento di queste ultime nella rete dei servizi. L'ente pubblico territoriale acquista maggiore autonomia e parallelamente si garantisce uniformità di gestione e assistenza sociosanitaria integrata e coerente, attraverso percorsi che tengano conto delle peculiarità territoriali e delle problematiche differenziate e a forte valenza locale.

La diffusione delle ASP sul territorio regionale, nonché l'esperienza maturata in questi anni, ne hanno rafforzato l'importante ruolo di interlocutori professionali e punti di riferimento per il sistema. In Toscana risultano operanti 28 ASP, per un totale di 736 operatori dipendenti diretti, 1477 posti per non autosufficienti (di cui 1391 convenzionati), 461 posti per autosufficienti e 79 posti nei centri diurni.

In considerazione della loro natura pubblica di gestore di servizi, le ASP presentano peculiarità organizzative e procedurali che si riflettono sulla gestione delle attività, per esempio per ciò che concerne le modalità di selezione ed organizzazione del personale, la scelta dei fornitori, le tipologie di contratti da stipulare, tendendo a irrigidire il sistema, e impedendone, al contrario, una maggiore flessibilità.

La Regione Toscana attiverà con ANCI un Tavolo dedicato a tale tematica allo scopo di ridefinire ruolo e funzioni delle ASP all'interno del sistema socio sanitario.

Strumenti: tavoli dedicati

Tempistica: 1 anno

## 9) Altre criticità

Il lavoro di mappatura condotto dal Laboratorio MeS dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha consentito di raccogliere informazioni più di dettaglio sulla realtà delle RSA in Toscana (dati relativi alla natura giuridica, all'organizzazione dei servizi, del personale, dei costi e delle prestazioni erogate, dei rapporti tra la struttura e le aziende USL) offrendo spunti di riflessione per la programmazione delle politiche regionali e locali in materia, soprattutto laddove si sono riscontrate criticità o incongruenze.

Gli Uffici regionali, anche con la collaborazione dei referenti territoriali pubblici e privati, affrontare nei prossimi mesi le criticità sopra richiamate, in un'ottica di miglioramento del sistema nel suo complesso, attivando laddove necessario apposite attività di monitoraggio.

Appare necessario richiamare l'attenzione su alcuni punti, per i quali esistono già norme ed atti di riferimento i quali dunque devono essere semplicemente applicati.

### Modalità di accesso dei medici di medicina generale

Le modalità di accesso del medico di medicina generale sono delineate nella Deliberazione GRT n. 364 del 22/05/2006 che stabilisce che lo stesso organizzi l'esecuzione degli accessi dei singoli ospiti prevedendo una frequenza di presenze in struttura che tenga conto delle esigenze individuali e della presenza contemporanea di più assistiti nella stessa struttura, secondo lo schema riportato ovvero da 1 a 4 assistiti è prevista una presenza al mese, da 5 a 10 assistiti è prevista una presenza ogni 15 giorni, da 11 a 20 assistiti è prevista una presenza a settimana, da 21 a 30 assistiti sono previste 2 presenze a settimana e infine da 31 a 40 assistiti sono previste 3 presenze a settimana. Il Responsabile di Zona/Distretto o altro medico del distretto dallo stesso delegato, ha la responsabilità di verificare la necessità, l'efficienza e l'efficacia degli interventi sanitari di tutti gli operatori ed il rispetto delle cadenze degli accessi concordati da parte del medico di medicina generale.

Con l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, formalizzata con Deliberazione GRT n. 1231 del 28/12/2012, nuove formule organizzative incentrate sulla collaborazione tra medici di famiglia e medici della continuità assistenziale, la Regione Toscana si è impegnata a garantire, a coloro che hanno scelto i medici di famiglia che le compongono, la presa in carico dei loro problemi, la continuità della assistenza e l'erogazione di percorsi di cura integrati.

In particolare il coordinatore svolge un ruolo delicato di raccordo tra la Asl ed i medici della AFT ed ha il compito di garantire l'organizzazione del lavoro dei colleghi e la progettazione, realizzazione e controllo dei percorsi di cura, per riuscire a cogliere gli importanti obiettivi di garanzia di salute dei cittadini che il SSR affida alle AFT.

Alla luce di ciò anche il governo degli accessi nelle Strutture residenziali sarà governato dal coordinatore in qualità di garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi.

### Fornitura di ausili e presidi agli ospiti della struttura

Si richiama quanto disposto dalla DGRT n. 1473/1998: il materiale sanitario da considerare coperto dalla quota sanitaria corrisposta in RSA, così come riportato al punto 1, lettere a) e b) del dispositivo, risulta essere composto da ausili con sistema di assorbimento: pannoloni e traverse di cui al nomenclatore – DM del 28/12/1992 e materiale di medicazione di cui all'Allegato 1 della Deliberazione della GRT n. 503 del 24/04/1996.

Pertanto la fornitura agli ospiti del materiale di cui sopra deve essere garantita direttamente dalla struttura nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia (qualità degli ausili/alimenti, quantità prescritte) essendo la relativa spesa compresa nella retta giornaliera.

Il Regolamento di attuazione dell'art. 62 della L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 approvato con DPGR 26 marzo 2008 n. 15/R prevede inoltre tra i requisiti minimi strutturali per le RSA quello di garantire la presenza di letti regolabili in altezza, a due snodi, materassi e cuscini antidecubito, maniglioni, barre di sostegno, specchi grandi.

#### Applicazione di un elevato numero di tipologie contrattuali diverse anche all'interno della stessa struttura ad operatori con medesimo profilo professionale che svolgono le stesse mansioni

Si rimanda a quanto previsto nel Protocollo di intesa tra Regione Toscana/ANCI e le rappresentanze dei Gestori delle RSA, Regione Toscana e OO.SS. Allegato 2 alla DGRT n. 402/2004 relativamente ai contratti di riferimento per gli operatori delle RSA e conseguentemente tenuti presenti per la definizione del costo del lavoro.

#### Commissioni di Vigilanza L.R. 41/2005 e ss.mm.ii.

Emerge la necessità di una definizione più analitica relativamente al peso, al ruolo e ai compiti delle Commissioni di Vigilanza previste dalla L.R.41/05 e ss.mm.ii. all'interno del sistema dei controlli, a fronte di disomogeneità di comportamenti registrati sul territorio regionale.

Si ritiene che, in un sistema in cui il pubblico è sempre meno soggetto titolare della gestione dei servizi, gli organi di vigilanza debbano essere messi in grado di esercitare una funzione di controllo effettivo.

Appare altresì importante attivare un programma formativo a livello regionale, allo scopo di formare il personale che opera all'interno delle Commissioni e contribuire così alla diffusione di una cultura omogenea e condivisa, creando contestualmente momenti di dibattito e scambio sulle prassi in uso.

Infine si rileva la necessità di un coordinamento tecnico stabile a livello regionale, con il compito di analizzare le criticità e di predisporre ed aggiornare linee guida e modalità operative al fine di garantire una maggiore uniformità di comportamenti su tutto il territorio regionale.

Particolare attenzione va posta sulla programmazione dei controlli e la calendarizzazione delle visite presso le strutture del territorio che necessita di essere rivista anche in un'ottica unitaria, garantendo un livello omogeneo dei controlli sia nel numero che nella qualità, che prescindendo dalla natura pubblica o privata della struttura, nella consapevolezza che il servizio offerto è comunque un servizio pubblico sul quale è necessario vigilare garantendo comunque il rispetto del principio di terzietà.

Strumenti: monitoraggio e tavoli dedicati

Tempistica: 1 anno