DELIBERAZIONE 27 marzo 2017, **n. 312**

Modello sperimentale Modulo a Bassa Intensità Assistenziale - BIA: approvazione relazione conclusiva redatta da ARS e Laboratorio MeS, approvazione documento "Attivazione modulo Bassa Intensità Assistenziale in RSA", proroga sperimentazioni in atto e chiusura sperimentazioni non attivate.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale n. 41 del 24 febbraio 2005, (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) e, in particolare, l'articolo 14, comma 5 che introduce la possibilità di avviare "sperimentazioni relative a tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali di cui al capo III, comprese quelle di ambito delle comunità di tipo familiare, definendone i requisiti necessari al funzionamento ulteriori a quelli previsti dall'art. 62" della stessa legge;

Richiamato il Decreto del Presidente della Giunta regionale 15/R del 26/3/2008 con il quale, in attuazione del citato articolo 62 della l.r. 41/2005, è stato approvato il Regolamento, contenente la definizione dei requisiti per il funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali;

Richiamato, inoltre, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 6/11/2014, prorogato ai sensi dell'articolo 10, comma 4, della l.r. 1/2015, che al punto 3.3.2 prevede la costituzione di una Commissione regionale con il compito di verificare la pertinenza del progetto e di monitorare la sperimentazione;

Viste le deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 56 del 7/2/2011, che istituisce la Commissione regionale di cui al punto precedente e ne definisce la composizione;
- n. 83 del 16/2/2016 che prevede la modifica della composizione del Commissione di cui si tratta;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 118/2016 con il quale è stata costituita la Commissione regionale e sono stati individuati i componenti;

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 594 del 21 luglio 2014 con la quale è stato approvato un avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse all'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori;

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 23 del 19 gennaio 2015 (deliberazione di Giunta regionale n. 594 del 21 luglio 2014 - Approvazione proposte progettuali relative all'Area Anziani - tipologia sperimentale Modulo a bassa intensità assistenziale – BIA) che approva i progetti sperimentali, ai sensi della citata deliberazione di Giunta regionale n. 594/14;

Rilevato che, nell'ambito del modello sperimentale "Modulo a Bassa Intensità Assistenziale – BIA" di cui alla citata deliberazione di Giunta regionale n. 594/2014, risultano in essere ulteriori tre progetti sperimentali, approvati con le seguenti deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 265 del 31/03/2014 Sperimentazione modulo a bassa intensità assistenziale all'interno di struttura (RSA) autorizzata;
- n. 310 del 16/04/2014 "Progetto sperimentazione nucleo a bassa intensità assistenziale (BIA) in RSA". Modulo aggiuntivo in RSA autorizzata;
- n. 675 del 25/05/2015 Proposte di sperimentazione: A - "Nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale (BIA) - presso le strutture RSA Grassi Landi di Villetta S. Romano", B - "Progetto sperimentale nucleo a bassa intensità assistenziale (BIA) presso Centro Accoglienza Anziani (RSA) di Borgo a Mozzano", C - "Progetto modulo a bassa intensità assistenziale presso RSA Belvedere di Barga" - Approvazione;

Considerato inoltre che attraverso le seguenti deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 107 del 23/2/2016 (DGRT n. 594/2014: Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori. Proroga sperimentazioni);
- n. 233 del 22/03/2016 (DGRT n. 594/2014: Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori. Ulteriori proroghe di progetti Bassa Intensità Assistenziale - BIA);

si è stabilito di allineare i termini di scadenza delle rispettive sperimentazioni alla data del 31 marzo 2017, quale termine massimo per la durata dei relativi progetti sperimentali;

Rilevato come i progetti sperimentali attivati sulla base delle deliberazioni sopra citate sono stati oggetto di attività di monitoraggio, effettuata, secondo gli strumenti e le modalità individuati dal Decreto Dirigenziale n. 2573/2015 così come modificato dal Decreto Dirigenziale n. 3708/2015, con lo scopo di raccogliere elementi di valutazione in itinere finalizzati ad orientare e meglio qualificare i progetti in atto, nonché a fornire indicazioni per il passaggio dalla fase sperimentale alla fase di regolamentazione a regime;

Considerato che le informazioni ed i dati disponibili derivanti dall'attività di monitoraggio sono stati messi a disposizione della Commissione regionale per le sperimentazioni, sopra menzionata, che ha potuto quindi effettuare le valutazioni di competenza, come risulta dai verbali delle relative sedute, conservati agli atti dei competenti settori regionali;

Rilevato, inoltre, come l'attività di monitoraggio, esitata in una relazione conclusiva redatta congiuntamente da ARS e dal Laboratorio MeS di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto, stia contribuendo alla formulazione delle proposte di modifica della normativa vigente, al fine di aggiornare il quadro normativo regionale, recependo gli esiti più significativi prodotti dai progetti sperimentali;

Preso atto, al riguardo, del parere espresso dalla Commissione regionale nella seduta del 16 febbraio 2017, dal quale, come risulta dal Verbale conservato agli atti dei competenti uffici regionali, nelle more del perfezionamento dell'iter, già in atto, necessario alla modifica del Regolamento approvato con DPGR 15/R/2008, è emersa una valutazione positiva sui risultati conseguiti in termini di efficacia, efficienza ed economicità nonché sugli esiti rispetto all'appropriatezza assistenziale e alla sostenibilità per il sistema dei servizi;

Preso atto che sulla base delle informazioni e dei dati disponibili derivanti dall'attività di monitoraggio, finalizzata a fornire un contributo alla formulazione delle proposte di modifica della normativa vigente, al fine di aggiornare il quadro normativo regionale, si è ritenuto necessario sistematizzare in maniera organica le caratteristiche del modulo BIA in sperimentazione, in vista della messa a regime successivamente alla modifica del Regolamento approvato con DPGR 15/R/2008, nel documento "Attivazione modulo Bassa Intensità Assistenziale in RSA" di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto quindi necessario prorogare al 31/12/2017 il termine previsto per le sperimentazioni di cui alle delibere di Giunta regionale n. 23/2015, n. 107/2016 e n. 233/2016, secondo l'Allegato C parte integrante e sostanziale del presente atto, nonché confermare le modalità di monitoraggio dei progetti, già indicate nel Decreto Dirigenziale n. 2573/2015 così come modificato dal Decreto Dirigenziale n. 3708/2015;

Ritenuto altresì necessario chiudere le sperimentazioni che ad oggi risultano non attivate, secondo l'Allegato D, parte integrante e sostanziale del presente atto;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare la relazione conclusiva redatta congiuntamente da ARS e dal Laboratorio MeS di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto, sulla base delle informazioni e dei dati disponibili derivanti dall'attività di monitoraggio effettuata secondo gli strumenti e le modalità individuati dal Decreto Dirigenziale n. 2573/2015 così come modificato dal Decreto Dirigenziale n. 3708/2015;

2. di approvare il documento "Attivazione modulo Bassa Intensità Assistenziale in RSA" di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto che sistematizza in maniera organica le caratteristiche del modulo BIA in sperimentazione, in vista della messa a regime successivamente alla modifica del Regolamento approvato con DPGR 15/R/2008, redatto sulla base delle informazioni e dei dati disponibili derivanti dall'attività di monitoraggio, finalizzata a fornire un contributo alla formulazione delle proposte di modifica della normativa vigente, al fine di aggiornare il quadro normativo regionale;

3. per le motivazioni sopra espresse, di dare continuità, nelle more del perfezionamento dell'iter, già in atto, necessario alla modifica del Regolamento approvato con DPGR 15/R/2008, ai percorsi sperimentali già avviati, prorogando al 31/12/2017 il termine previsto per le sperimentazioni di cui alle delibere di Giunta regionale n. 23/2015, n. 107/2016 e n. 233/2016, secondo l'Allegato C parte integrante e sostanziale del presente atto, nonché di confermare le modalità di monitoraggio dei progetti, già indicate nel Decreto Dirigenziale n. 2573/2015 così come modificato dal Decreto Dirigenziale n. 3708/2015;

4. di chiudere le sperimentazioni che ad oggi risultano non attivate, secondo l'Allegato D, parte integrante e sostanziale del presente atto;

5. di dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio della Regione Toscana;

6. di dare mandato al competente Settore della Direzione "Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale", a mettere in atto tutti gli adempimenti necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento.

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

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUONO ALLEGATI

Allegato A

Le sperimentazioni del Modulo a Bassa Intensità Assistenziale

INDICE

1. Premessa pag 2
2. Progetti ammessi alla sperimentazione BIA pag 3
3. Monitoraggio: obiettivi e metodologia pag 5
4. Risultati pag 7
5. Osservazioni conclusive pag 19

1. Premessa

La Regione Toscana con DGRT n. 594/2014, preso atto del mutato scenario demografico e socio-economico caratterizzato da un esponenziale invecchiamento della popolazione, dall'aumento di famiglie in difficoltà nell'affrontare i bisogni assistenziali dei propri cari e dal fenomeno dell'arrivo sempre maggiore di minori stranieri non accompagnati all'interno degli attuali flussi migratori, ha invitato le Zone distretto a sperimentare nuovi percorsi assistenziali attraverso i quali tentare di conciliare, in una logica di sistema e di sostenibilità, i nuovi bisogni della popolazione con un'offerta di servizi integrati, più flessibili e dinamici.

Tra questi, la delibera sopra richiamata ha previsto la Bassa Intensità Assistenziale. Si tratta di un modulo di assistenza residenziale per anziani, ulteriore rispetto ai quattro moduli previsti dalla DGRT n. 402/2004, destinato a rispondere al bisogno di assistenza prioritariamente sociale di quelle persone il cui grado di complessità infermieristica e disabilità funzionale rende inappropriato, in eccesso, un ricovero nei Moduli Base delle Residenze Sanitarie Assistenziali e inappropriato, in difetto, il ricovero in strutture pensate per l'assistenza a persone autosufficienti. Infatti, le persone con queste caratteristiche non soddisfano i criteri previsti per l'inserimento in modulo base perché occorre una risposta residenziale a minor intensità di assistenza sanitaria e maggior assistenza tutelare/ricreativa e riabilitativa.

Sulla base dell'analisi dei dati relativi alle valutazioni delle UVM e delle osservazioni dei gestori e dei sindacati, la Regione ha delineato le caratteristiche di questo nuovo modulo, proponendone la sperimentazione ai territori sulla base di una griglia di requisiti e una metodologia di monitoraggio condivisa. In particolare, i requisiti richiesti per l'attivazione della sperimentazione sono stati indicati come segue:

a. Attivazione di un **modulo BIA con propria autonomia** dotato di un numero massimo di posti letto pari a 20, comunque non superiore al 30% dei posti autorizzati e con un tetto complessivo non superiore al 20% dei posti dei moduli base convenzionati per ogni Azienda USL;
b. Garanzia di erogazione delle prestazioni di assistenza alla persona, assistenza sanitaria, assistenza riabilitativa e di mantenimento e/o recupero funzionale, interventi di promozione della salute psicofisica, servizi generali e alberghieri;
c. Previsione di una quota sanitaria giornaliera a carico del SSR predefinita e una quota sociale giornaliera minima non omnicomprensiva.

	ore giorno/ospite	costo orario	costo giornaliero
Assistenza infermieristica	0,22	21,50	4,73
Assistenza riabilitativa	0,06	20,50	1,23
Assistenza di base alla persona	1,34	19,50	26,13
Presidi			1,50
QUOTA SANITARIA			33,59
Assistenza di base alla persona	0,33	19,50	6,43
Animazione socio educativa	0,22	20,00	4,40
QUOTA SOCIALE*			10,83

* devono essere aggiunti i costi alberghieri

2. Progetti ammessi alla sperimentazione BIA

I progetti ammessi alla sperimentazione del modulo BIA sono stati complessivamente 35 tutti previsti all'interno di RSA.

Al 31 Dicembre 2016 ne risultano attivati 29, in 14 diverse Zone Distretto per un totale di 226 posti letto.

Tabella 1 - Elenco dei progetti e dei posti letto attivati

zona	nome RSA	progetti attivati	n. posti
Empolese	Res Villa Serena	si	5
Empolese	RSA Chiarugi	no	
Lunigiana	RSA Fontana d'oro	si	3
Lunigiana	RSA Sanatrix	si	3
Lunigiana	RSA Villa Rosa	si	3
Lunigiana	Villa Lory	no	
Lunigiana	Villa Serena	no	
Lunigiana	Villa Verde	no	
Lunigiana	RSA Michelangelo	no	
valledelserchio	C.A.A. Borgo a Mozzano	si	3
valledelserchio	RSA Belvedere Barga	si	5
valledelserchio	Villa Grassi Landi	no	
Pistoiese	RSA Fond. Turati	si	20
Pistoiese	RSA Villa Chiara	si	10
Pistoiese	RSA Villa Guidotti	si	14
Valdinievole	Res. S.Domenico	si	8
altavaldicecina	RSA S. Chiara	si	3
Valdera	RSA Belvedere	si	4
Valdera	RSA Giampieri	si	4
Valdera	RSA S.Giuseppe	si	3
Pisana	RSA Cardinal Maffi	si	5
Pisana	RSA S.caterina	si	5
Pisana	RSA Viale	si	8
bassavaldicecina	RSA Fattoria di castello	si	10
Senese	RSA Campansi	si	6
Fiorentina	Asp Montedomini	si	12
Fiorentina	CR Gignoro	si	12
Fiorentina	F. C. Placci	si	7
Fiorentina	Ist. San Salvatore	si	10
Fiorentina	RSA Guidi Raggio	si	7
fiorentinasudest	RSA O.P Vanni	si	10
fiorentinasudest	Poggio Adorno	si	10
Mugello	RSA Giotto	si	4
Mugello	RSA Villa Le Ortensie	si	20
Versilia	Residenza Alfieri	si	12
Totale		**29**	**226**

I 226 posti letto attivati rappresentano circa il 4% dei posti letto destinati al modulo base presenti nelle 14 zone attivate (figura 1) e l'indice di copertura sulla popolazione toscana over 65enne è di 49 posti letto ogni 100.000 abitanti (figura 2), considerando sempre le 14 zone.

Figura 1 – Indice di copertura rispetto ai posti letto del modulo base per le zone che hanno attivato la sperimentazione BIA

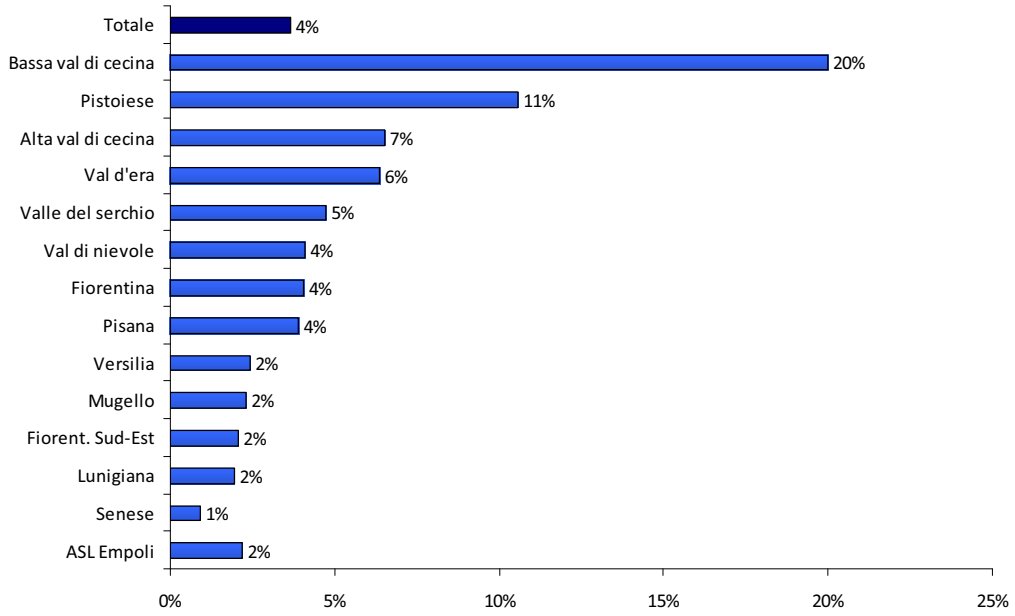
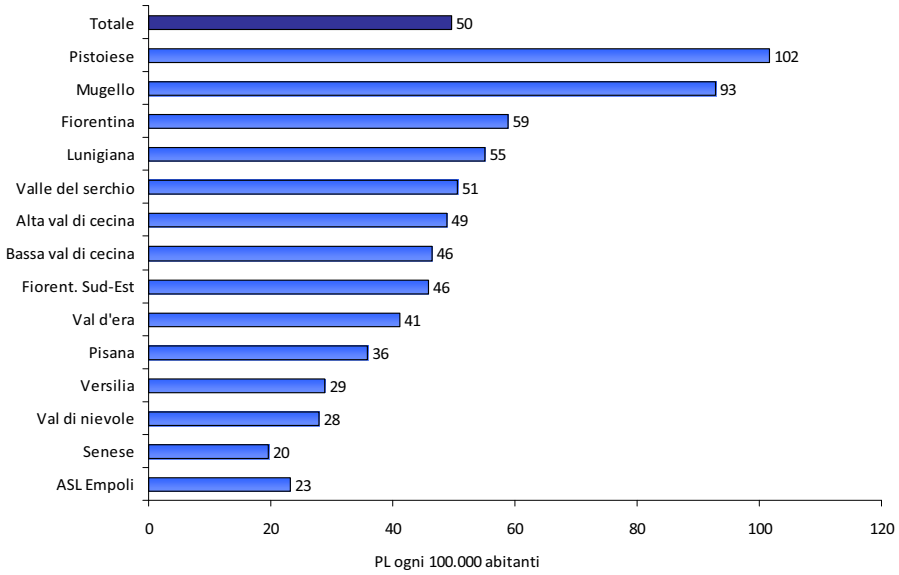


Figura 2 – Indice di copertura sulla popolazione over 65 anni per le per le zone che hanno attivato la sperimentazione BIA



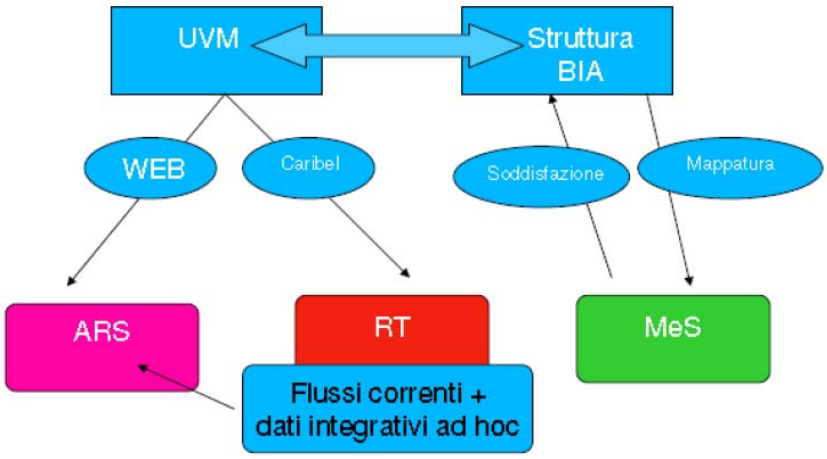
3. Monitoraggio: obiettivi e metodologia

Obiettivo principale del monitoraggio è stato quello comprendere se un modulo BIA può servire ad offrire servizi più appropriati a persone anziane non autosufficienti che presentano una bassa complessità sanitaria e maggiori bisogni sociali, ma che hanno una situazione ambientale e relazionale tale per cui non possono essere assistiti a domicilio.

Con decreto dirigenziale n. 2573/2015, modificato dal decreto dirigenziale n. 3708/2015, sono state indicate le modalità di conduzione del monitoraggio delle sperimentazioni al fine di supportare la Commissione regionale Sperimentazioni (istituita con DGRT n. 56 del 07/02/2011) nella valutazione dei percorsi che potrebbero essere previsti a livello normativo e attivati a livello territoriale, fornendo elementi oggettivi di analisi e di approfondimento.

Il sistema di monitoraggio ha previsto che le Zone distretto e le strutture residenziali (RSA) inviassero un set di dati rispettivamente ad ARS e MeS (figura 3), per poter poi effettuare le elaborazioni periodiche previste. Inoltre si è rivelata necessaria un'integrazione di informazioni relative alle valutazioni dei casi da parte delle UVM, reperite attraverso i sistemi informativi di Regione Toscana.

Figura 3 – Sistema di monitoraggio della sperimentazione relativa al modulo BIA



Il monitoraggio effettuato dal Laboratorio MeS si è articolato in tre fasi:

a. Analisi delle caratteristiche delle RSA in cui è stata attivata la sperimentazione;
b. Raccolta, elaborazione ed analisi dei dati mensili e semestrali relativi all'assistenza erogata, alle quote applicate e agli assistiti presi in carico con produzione di relativi report;
c. Realizzazione di indagini di soddisfazione sugli anziani che hanno usufruito del servizio (da effettuare).

La raccolta dei **dati mensili e semestrali relativi all'assistenza erogata e alle quote applicate** è stata semplificata dall'utilizzo di una piattaforma ad hoc, ma non tutte le strutture in cui la BIA è stata attivata hanno caricato i dati richiesti. Delle 29 sperimentazioni attivate, sono disponibili i dati mensili di 26 strutture e i dati semestrali di 21 residenze.

Le indagini di soddisfazione verranno svolte su un campione di assistiti in BIA secondo modalità che saranno definite con il Settore regionale di riferimento.

Il monitoraggio condotto da ARS ha previsto tre fasi:

a. Raccolta online di dati relativi alla valutazione e all'ammissione dei casi in BIA a cura di un referente di Zona distretto/SdS;

b. Estrazione, data linkage ed elaborazione di dati provenienti da flusso AD/RSA, Pronto Soccorso, Dimissioni Ospedaliere, Prestazioni specialistiche ambulatoriali, Anagrafe Assistiti;

c. Produzione e restituzione di un report trimestrale specifico per ciascuna Zona distretto/SdS contenete indicatori di struttura processo ed esito.

Nel corso del 2015 sono stati organizzati due incontri con i soggetti attuatori delle sperimentazioni per l'avvio della raccolta dati e un incontro con i referenti delle zone-distretto dopo i primi sei mesi di raccolta dati.
Nel corso del 2016 è stato condotto il monitoraggio trimestrale e semestrale e, nel mese di Febbraio 2017, i primi risultati della sperimentazione sono stati illustrati ai soggetti attuatori.

4. Risultati

Le analisi che seguiranno si riferiscono al periodo temporale che va dall'inizio della sperimentazione (dal 1 aprile 2014 per Viareggio e Firenze, 1 luglio 2015 per Valle del Serchio e Fiorentina Sud-est, 1 gennaio 2015 per tutte le altre zone) fino al 31/12/2016.

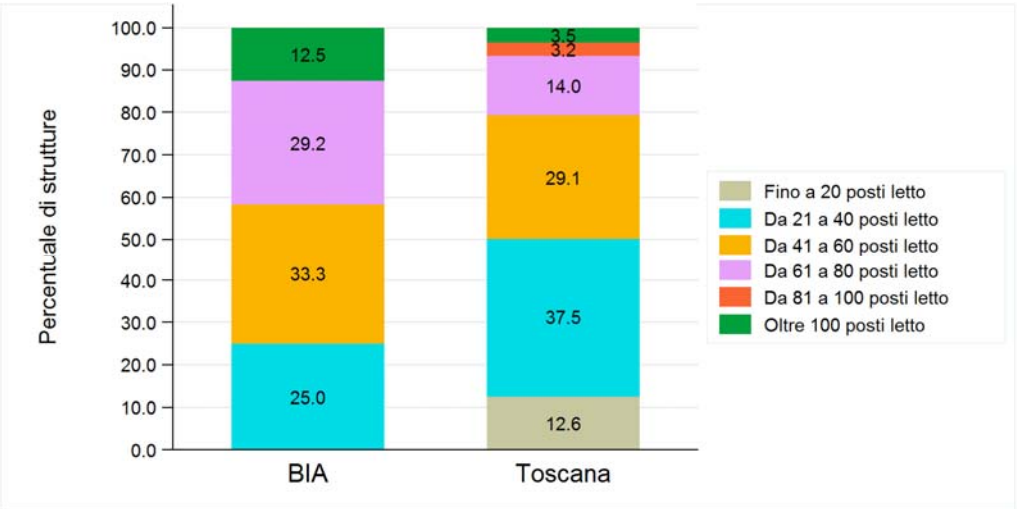
Complessivamente il monitoraggio ha analizzato 5 aspetti:

a. **organizzativo-gestionale**
b. **economico**
c. **caratteristiche socio-demografiche degli assistiti**
d. **profilo valutativo e appropriatezza di utilizzo**
e. **outcome**

a. Aspetti organizzativo-gestionali

Il modulo BIA è stato attivato in 29 RSA di dimensioni più grandi rispetto alla media delle RSA attive sul territorio regionale (Fonte: Mappatura MeS 2015, figura 4)

Figura 4 – Composizione percentuale delle dimensioni delle RSA. Confronto tra RSA che hanno attivato il modulo BIA rispetto al modulo base



Si tratta di residenze che hanno un giardino o area verde fruibile dagli assistiti, quasi tutte con cucina interna, con una pluralità di altri servizi. Come risulta dai dati della mappatura MeS 2015, rispetto al dato regionale, le strutture in cui è stata attivata la BIA hanno attivato in percentuale più alta l'Attività Fisica Adattata (32% contro il dato regionale di 18,1%).

L'orario di accesso di familiari, volontari ed esterni alla struttura è libero, ovvero non risulta regolato su fasce orarie, nel 72% delle strutture che hanno attivato la BIA (contro il 67,2% a livello regionale).

Il 96% delle residenze in cui sono stati attivati i moduli BIA offre anche servizi residenziali ad assistiti privati; mentre, a livello regionale, le residenze che operano in regime di libero mercato (parzialmente o esclusivamente) rappresentano complessivamente il 72% delle strutture mappate.

Nella tabella 2 sono riportate alcune informazioni circa i servizi attivati nelle strutture che partecipano alle sperimentazioni relative al modulo BIA (Fonte: Mappatura 2015).

Le strutture di cui non sono riportati dati sono quelle che nono hanno partecipato alla Mappatura 2015.

Tabella 2 – Caratteristiche delle strutture coinvolte nella sperimentazione BIA

Codice RSA MdS	Struttura	Area Vasta	Zona Distretto	Servizio Infermieristico Notturno	Modulo Cognitivo	Servizio di Cure Intermedie	Modulo Motorio	Modulo Vegetativo	Centro Diurno per Alzheimer	Centro Diurno per Autosufficienti	Centro Diurno per Non Autosufficienti
RSA080	Sanatrix	Nord-Ovest	Lunigiana	●		●					
RSA081	RSA Villa Rosa	Nord-Ovest	Lunigiana	●							
RSA083	Fontana d'Oro	Nord-Ovest	Lunigiana	●		●					
RSA022	Centro Acc. Anziani Misericordia	Nord-Ovest	Valle del Serchio	●						●	
RSA093	Belvedere	Nord-Ovest	Valle del Serchio								
RSA047	APSP S. Chiara	Nord-Ovest	Alta Val di Cecina	●	●	●			●	●	●
RSA031	RSA San Giuseppe	Nord-Ovest	Val d'Era								
RSA107	RSA Belvedere	Nord-Ovest	Val d'Era	●							
RSA109	Fondazione Casa di Riposo dott. A. Giampieri Onlus	Nord-Ovest	Val d'Era			●					
RSA051	RSA Umberto Viale	Nord-Ovest	Pisana	●	●		●	●	●		
RSA114	RSA Mezzana - Fondazione Casa Card. Maffi Onlus	Nord-Ovest	Pisana	●							
RSA308	Villa Santa Caterina	Nord-Ovest	Pisana								
RSA120	Fattoria del Castello	Nord-Ovest	Bassa Val di Cecina	●							
RSA146	Residenza Alfieri	Nord-Ovest	Versilia	●							
RSA024	Fondazione Opera Casa A. Placci Onlus	Centro	Fiorentina								
RSA186	CSD - Il Gignoro	Centro	Fiorentina	●	●		●			●	●
RSA191	Principe Abamelek	Centro	Fiorentina	●							
RSA197	Fond. ODAF ONLUS - RSA Istituto San Salvatore	Centro	Fiorentina								
RSA318	Residenza Guidi Raggio	Centro	Fiorentina		●						
RSA004	APSP Opera Pia Leopoldo e Giovanni Vanni	Centro	Fiorentina Sud-Est	●	●				●		
RSA230	Villa Le Ortensie S.r.l.	Centro	Mugello	●	●						
RSA235	RSA Giotto La Villa	Centro	Mugello	●	●						
RSA026	Villa Serena	Centro	Empolese	●	●			●	●	●	●
RSA017	APSP Città di Siena	Sud-Est	Senese	●	●						

L'ampio periodo di sperimentazione ha permesso di monitorare in 5 diversi momenti (30 giugno 2015, 30 settembre 2015, 31 dicembre 2015, 30 aprile 2016, 31 dicembre 2016) l'occupazione dei posti letto nelle 14 zone distretto in cui la BIA è stata attivata. L'andamento è crescente e va dal 34% al 69%, con percentuali variabili tra zone (figura 5).

Gli anziani transitati in BIA durante tutto il periodo della sperimentazione sono stati 373. Le due zone che maggiormente hanno utilizzato questa tipologia di servizio sono la Zona Pistoiese e la Zona Fiorentina rispettivamente con 149 e 66 accessi.

Il tempo che è intercorso tra la valutazione iniziale da parte delle UVM e l'ingresso dell'assistito in RSA è stato mediamente compreso tra 15 e 60 giorni con un'elevata variabilità di attesa all'interno della Zona Fiorentina e della Zona Mugello, ma anche tra zone (figura 6).

Figura 5 – Occupazione dei posti dedicati alla sperimentazione BIA

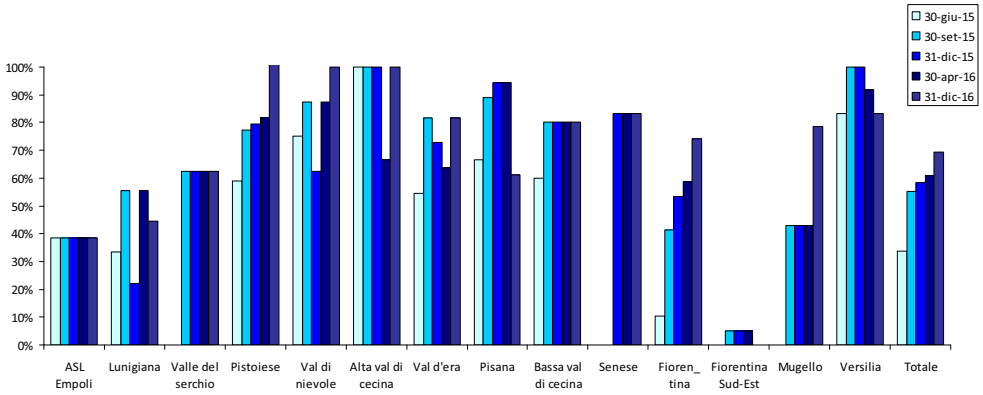
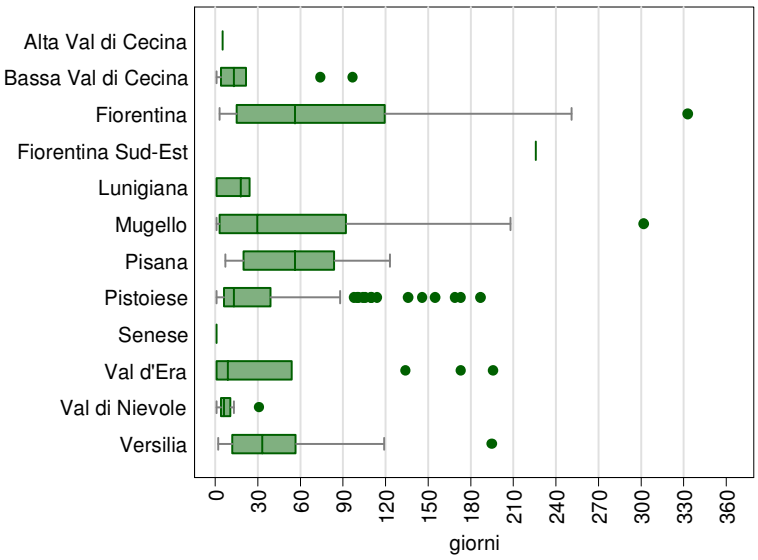


Figura 6 – Tempi di attesa tra valutazione UVM e inserimento in RSA. Esclusi i casi con valutazione posteriore alla data di inserimento e tempi di attesa superiori a 365 giorni. Esclusi i casi la cui provenienza è l'RSA.



Per quanto riguarda il monitoraggio delle attività assistenziali, la tabella seguente riporta il dato macro delle giornate erogate in modulo BIA rispetto alle giornate in modulo Base. Tali dati sono utili per comprendere i grafici seguenti che confrontano i servizi di assistenza erogati agli assistiti in BIA e quelli del modulo base. Infatti, l'avvio della sperimentazione e, conseguentemente, le giornate di servizio erogate hanno avuto tempistiche diverse e non è possibile prescindere dalla tabella per una lettura critica dei grafici.

I dati riportati nella seguente tabella e nei successivi grafici sono riferiti al 31/12/2016.

Tabella 3 – Giornate di assistenza in BIA erogate per zona distretto nei mesi di sperimentazione

Codice RSA	Struttura	Area Vasta	Zona Distretto	Mesi considerati	Giornate erogate ad assistiti in BIA	Giornate erogate ad assistiti in Modulo Base
RSA080	Sanatrix	Nord-Ovest	Lunigiana	14	655	7272
RSA081	RSA Villa Rosa	Nord-Ovest	Lunigiana	10	305	1237
RSA022	Centro Acc. Anziani Misericordia	Nord-Ovest	Valle del Serchio	11	945	5111
RSA093	Belvedere	Nord-Ovest	Valle del Serchio	15	903	13001
RSA047	APSP S. Chiara	Nord-Ovest	Alta Val di Cecina	21	1630	28394
RSA031	RSA San Giuseppe	Nord-Ovest	Val d'Era	18	1314	12154
RSA107	RSA Belvedere	Nord-Ovest	Val d'Era	19	1859	19171
RSA109	Fondazione Casa di Riposo dott. A. Giampieri Onlus	Nord-Ovest	Val d'Era	2	134	620
RSA051	RSA Umberto Viale	Nord-Ovest	Pisana	18	2917	35685
RSA114	RSA Mezzana - Fondazione Casa Card. Maffi Onlus	Nord-Ovest	Pisana	19	2753	22867
RSA308	Villa Santa Caterina	Nord-Ovest	Pisana	19	2484	7570
RSA120	Fattoria del Castello	Nord-Ovest	Bassa Val di Cecina	23	5584	18799
RSA146	Residenza Alfieri	Nord-Ovest	Versilia	22	7275	22228
RSA158	Fondazione Turati - I Fiori	Centro	Pistoiese	20	8794	15241
RSA159	RSA Villa Guidotti	Centro	Pistoiese	10	3687	9487
RSA163	ASP S. Domenico	Centro	Val di Nievole	11	1659	3793
RSA024	Fondazione Opera Casa A. Placci Onlus	Centro	Fiorentina	18	3778	7999
RSA186	CSD - Il Gignoro	Centro	Fiorentina	17	5451	18787
RSA191	Principe Abamelek	Centro	Fiorentina	16	3700	26209
RSA197	Fond. ODAF ONLUS - RSA Istituto San Salvatore	Centro	Fiorentina	18	1214	20336
RSA318	Residenza Guidi Raggio	Centro	Fiorentina	10	285	1530
RSA004	APSP Opera Pia Leopoldo e Giovanni Vanni	Centro	Fiorentina Sud-Est	12	355	29459
RSA230	Villa Le Ortensie S.r.l.	Centro	Mugello	21	8463	25813
RSA235	RSA Giotto La Villa	Centro	Mugello	9	963	11587
RSA026	Villa Serena	Centro	Empolese	19	2848	49425
RSA017	APSP Città di Siena	Sud-Est	Senese	16	2506	73582

Per quanto riguarda il monitoraggio delle ore di assistenza erogate, è stato effettuato:
- il confronto con le ore erogate per i diversi servizi di assistenza agli assistiti in modulo base;
- il confronto con i parametri previsti dalla DGRT 594/2014.

Figura 7 – Confronto tra le ore complessivamente erogate per assistenza di base, infermieristica e riabilitativa per gli assistiti in BIA e in modulo Base

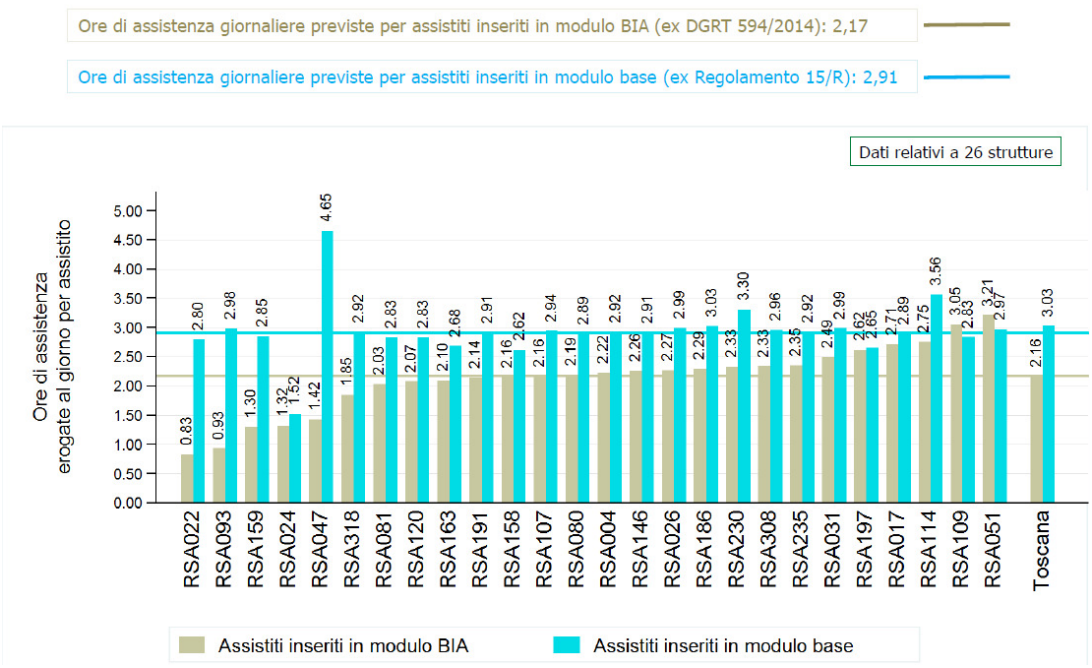


Figura 8 – Distribuzione per tipologia delle ore di assistenza giornaliera erogate in BIA

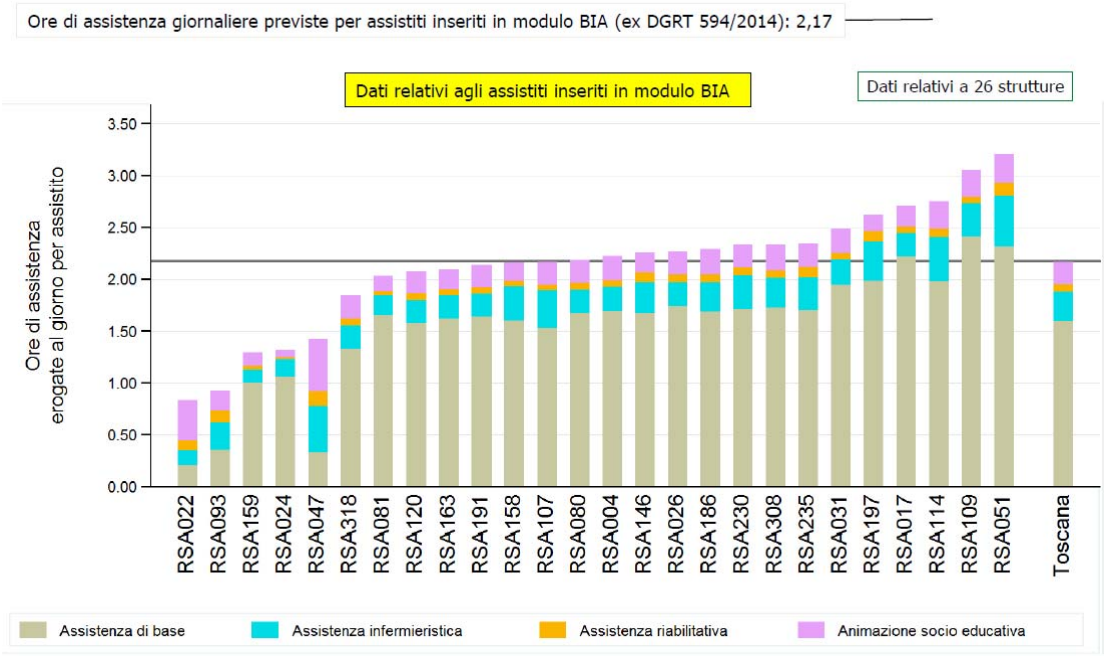


Figura 9 – Composizione delle ore di assistenza giornaliere erogate in media a ciascun ospite inserito in modulo BIA

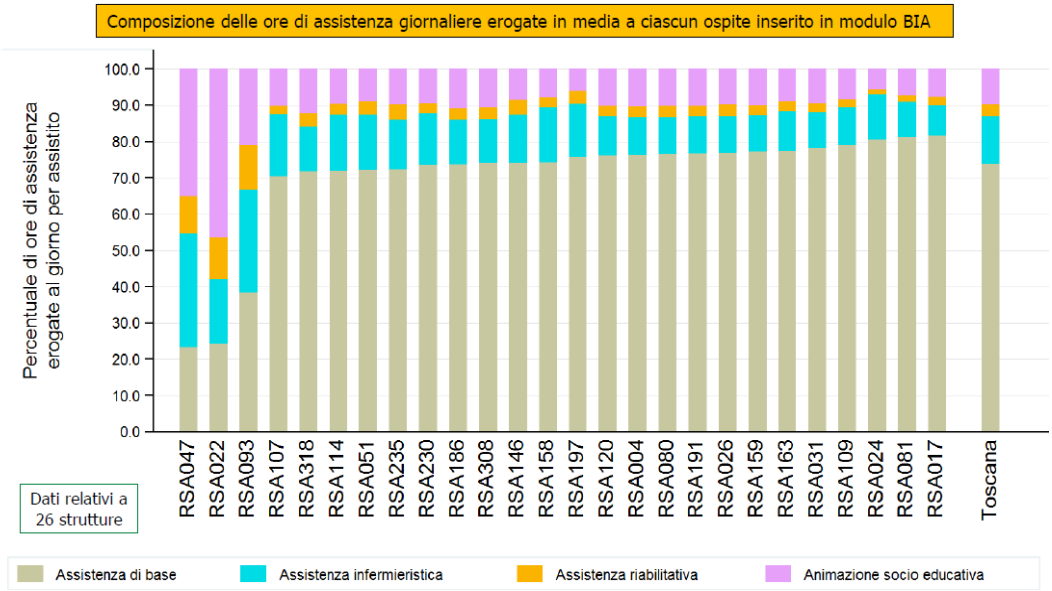


Figura 10 – Confronto tra ore di assistenza di base giornaliera (dati su 26 RSA) in modulo BIA e modulo base

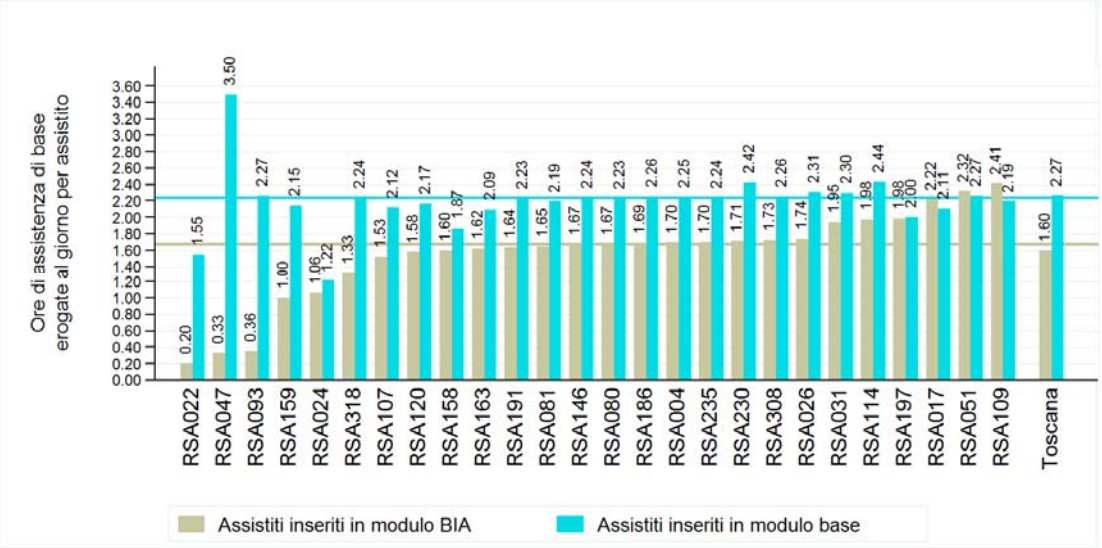
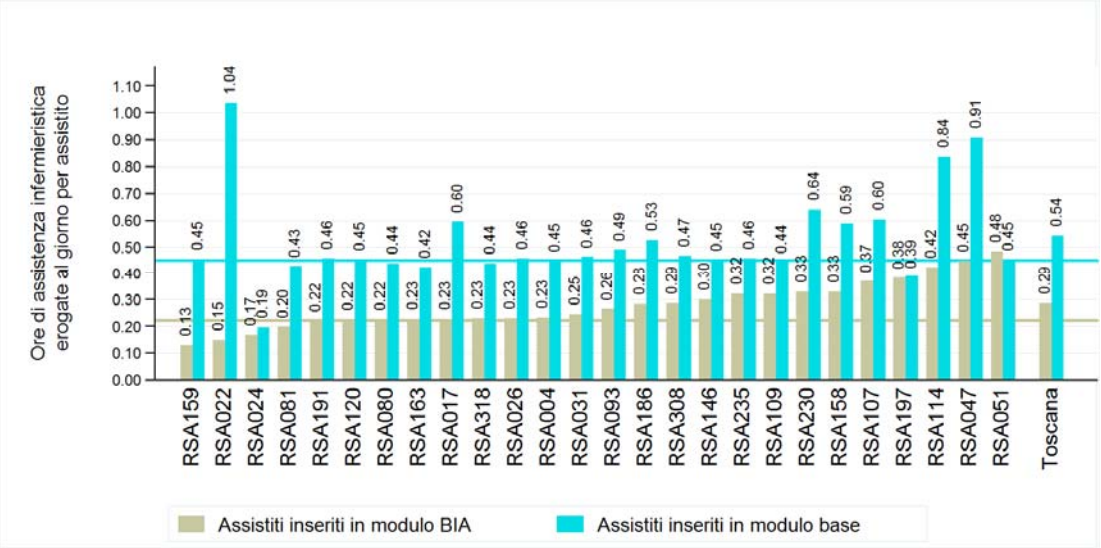


Figura 11 – Confronto tra ore di assistenza infermieristica giornaliera (dati su 26 RSA) in modulo BIA e modulo base



b. Aspetti economici

Tutte le strutture in cui è stato attivato il modulo BIA hanno percepito una quota sanitaria pari a 33,59 €/gg come previsto dalla DGRT 594/2014.

Per la quota sociale invece si registra un'elevata variabilità tra l'importo minimo di 30,00€/gg della RSA Villa Rosa (ZD Lunigiana – Azienda USL Toscana NO) ad un massimo di 60,00€/gg applicato dalla RSA Belvedere (ZD Valle del Serchio – Azienda USL Toscana NO). Il valore mediano si attesta a € 46,41/gg; mentre quello medio è pari a 47,78€/gg. Rispetto alla quota sociale per il modulo base rilevata con la mappatura MeS 2015 su 287 RSA (mediana: 50,50 €, media: 49,82 €) i valori per i modulo BIA sono più bassi. Nella quota sociale sono generalmente ricompresi tutti i servizi alberghieri generali .

Figura 12 – Distribuzione delle quote sociali percepite, per struttura

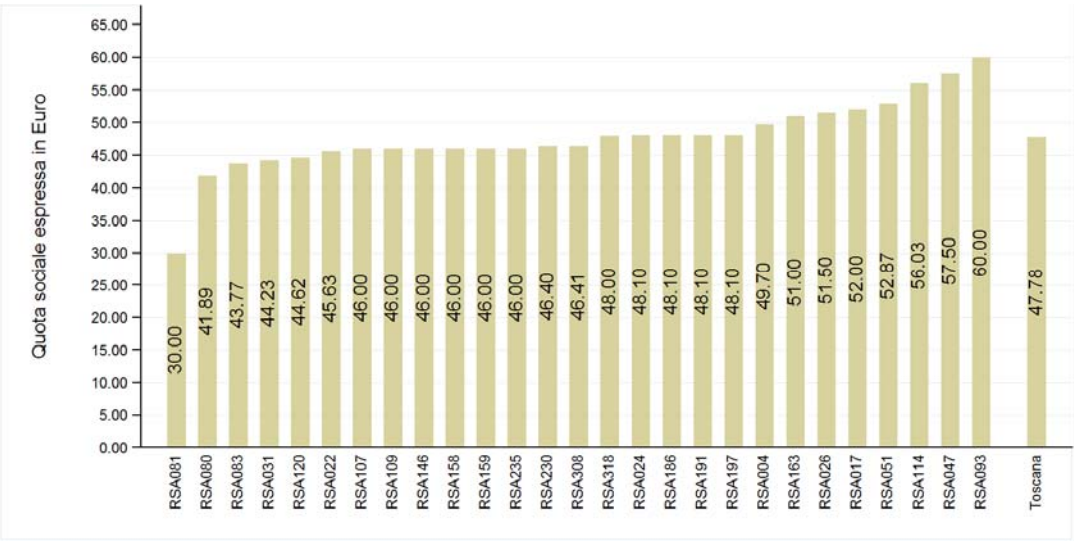
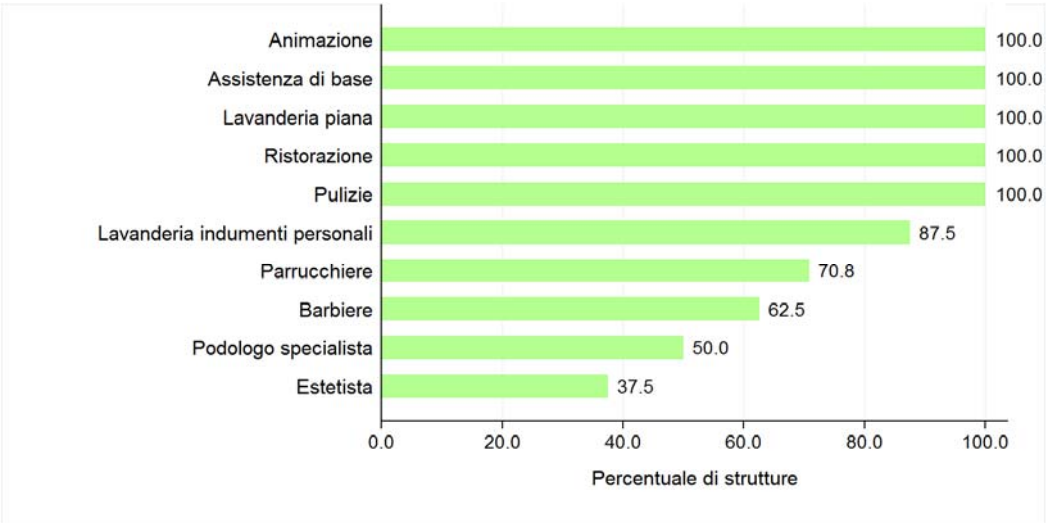


Figura 13 – Servizi coperti dalla quota sociale, percentuale di strutture che prevendono i vari servizi



c. Caratteristiche socio-demografiche dell'assistito

Tabella 4 – Caratteristiche degli assistiti in BIA, dati provenienti dalle 21 strutture al 31 Gennaio 2017

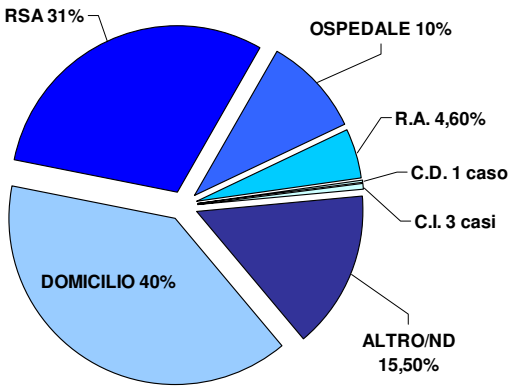
Caratteristiche degli Assistiti in BIA Anno 2015 - 2016 Dati MeS su 21 RSA e 237 assistiti	
Over 85	38,40 %
80 – 84	23,97%
65 – 79	35,53%
Femmine	61,16 %
Maschi	38, 84%
Vedova/o	43,97%
Nubile/celibe	39,22%
Senza figli	54,35%
Con più di un figlio	15,65%
Nessun titolo di studio	28,93%
Licenza elementare	48,76%
Diploma Scuola Media Inferiore	11,16%
Diploma Scuola Media Superiore	8,67%
Titolo universitario	2,48%
Dal proprio domicilio	39,18%
Già presente in struttura	34,29%
Altra RSA	12,65%
Ospedale	13,8%
Assenza di compromissione[1]	51,19%
Lieve compromissione	30,95%
Moderata compromissione	13,69%
Grave compromissione	4,17%

[1] Il grado di compromissione è stato determinato mediante la somministrazione del test Mini Mental State Examination (MMSE). L'assenza di compromissione è associata ad un esito del test con valori compresi tra 24 e 30 punti; lieve compromissione con esito tra 17 e 24 punti; moderata compromissione con esito tra 10 e 16 punti; grave compromissione con punteggio inferiore a 10 punti.

d. Profilo valutativo e appropriatezza di utilizzo

In base alle informazioni inserite sul gestionale web di ARS dai referenti di zona, gli assistiti inseriti in BIA provengono principalmente da domicilio (40%) oppure da RSA (31%).

Figura 14 – Provenienza degli assistiti che hanno usufruito della BIA



Il profilo valutativo degli assistiti, determinato dalle UVM, rivela che nell' 80% dei casi si tratta di anziani non autosufficienti in almeno una o due attività di base della vita quotidiana (BADL), con un carico sanitario lieve o moderato, anche con presenza ricorrente di deficit cognitivo lieve o moderato e/o lievi o moderati disturbi del comportamento/umore e il cui livello di isogravità può variare da uno a tre.

Tabella 5 – Profilo valutativo degli assistiti inseriti in BIA nel periodo di sperimentazione

		ADL Lieve			ADL Moderato			ADL Grave		
		Complessita infermieristica								
Deficit cognitivo	Dist. Comp Um	Lieve	Media	Alta	Lieve	Media	Alta	Lieve	Media	Alta
Lieve	Lieve	43	1	.	16	2	.	9	.	.
	Moderato	11		.	9		.		.	.
	Grave	1		.			.		.	.
Moderato	Lieve	17		.	14		.	3	.	.
	Moderato	4		.	2		.		.	.
	Grave	1		.			.		.	.
Grave	Lieve	4		.	7		.	2	.	.
	Moderato	4		.			.		.	.
	Grave			.			.		.	.

Livello isogravità 1
Livello isogravità 2
Livello isogravità 3
Livello isogravità 4
Livello isogravità 5

A completamento del profilo valutativo è stata analizzata anche l'indice di adeguatezza della condizione ambientale (IACA), che misura la capacità della rete familiare di garantire un sostegno all'anziano in progetti di assistenza domiciliare.

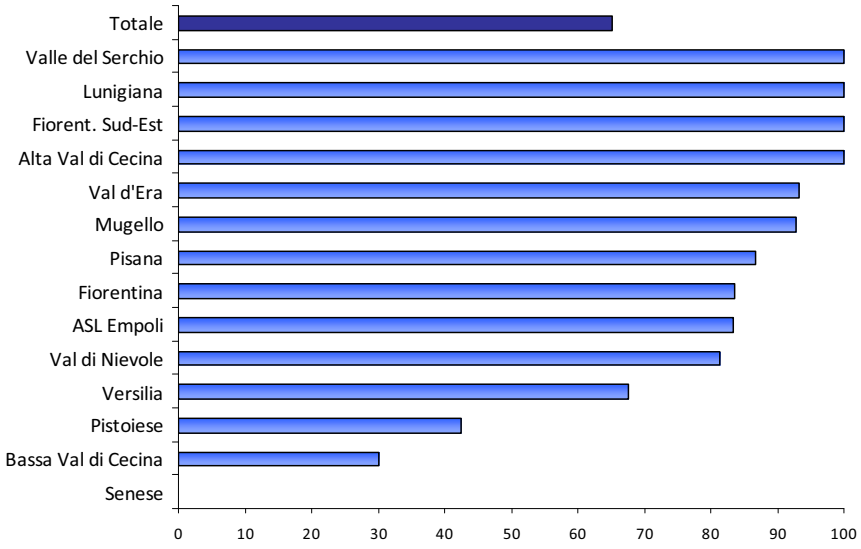
Già dal paragrafo precedente emerge che il 54% dei casi non ha figli e un ulteriore 28% non ha nessuno a cui fare affidamento. Anche le valutazioni delle UVM confermano che l'81% degli assistiti hanno uno IACA inferiore a 24 (vedi tabella 6) ovvero una situazione ambientale e familiare che rende difficile (o impossibile) garantire un'adeguata assistenza a domicilio.
Come atteso questo fattore ha inciso sulla scelta di un inserimento temporaneo o permanente in BIA.
Nel 76% dei casi in cui la rete sociale è risultata adeguata, l'assistito è stato indirizzato ad un ricovero temporaneo. Laddove la rete non era adeguata, l'assistito è stato inserito in BIA in modo stabile nel 69% dei casi .
Tabella 6 - Tipologia di inserimento in base alla valutazione della condizione ambientale e familiare (IACA)

TIPO INSERIMENTO	IACA		TOTALE
	basso / medio basso (non adeguato)	alto / medio alto (adeguato)	
Temporaneo	22	13	35
% colonna	*31%*	*76%*	*40%*
Permanente	49	4	53
% colonna	*69%*	*24%*	*60%*
TOTALE	71	17	88
% riga	*81%*	*19%*	*100%*

Come previsto dal piano della sperimentazione gli anziani inseriti in BIA dovevano essere rivalutati frequentemente per monitorare l'appropriatezza della loro assistenza in un modulo a bassa intensità.

La rivalutazione è stata effettuata dalle UVM nel 65% dei casi con una variabilità tra un territorio e l'altro (vedi figura 15). Questo indicatore è stato misurato per tutti quei casi in cui la permanenza in BIA è risultata superiore ai 60 giorni. Il tempo medio con cui avvengono le rivalutazioni varia tra 50 giorni nella Zona Lunigiana a 168 giorni nella Zona Mugello.

Figura 15 – Percentuale di rivalutazione dei casi inseriti in BIA da almeno 60 giorni, per zona distretto.

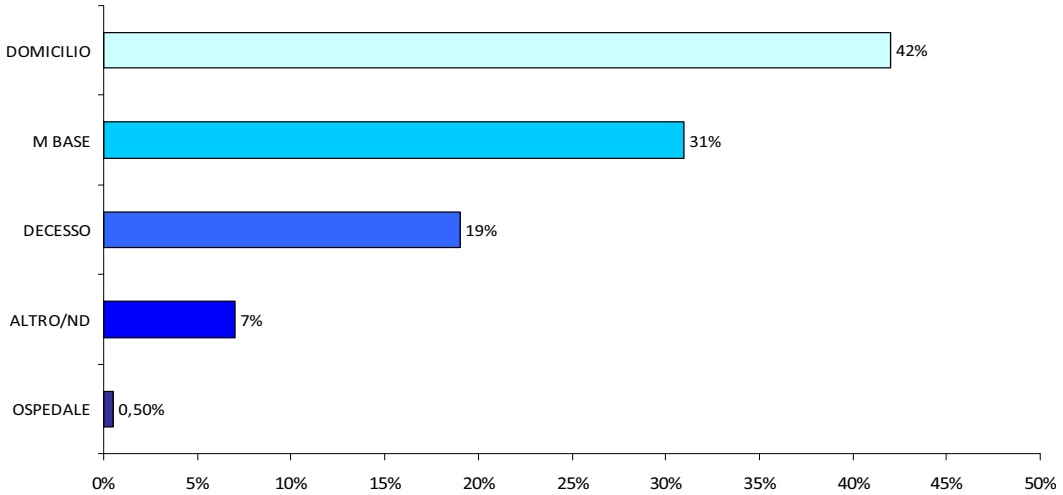


Il 54% degli assistiti è stato dimesso dal modulo sperimentale (tabella 7). Le motivazioni riguardano principalmente il rientro a domicilio (42%), soprattutto quando si è trattato di ricoveri temporanei, e l'ingresso al modulo base in RSA (31%), qualora vi sia stato un peggioramento di salute; il 19% è deceduto (figura 16).

Tabella 7 –Assistiti dimessi dalla sperimentazione BIA, per zona

ZONA	%	N dimessi	N anziani in BIA
Lunigiana	42,9	3	7
Valle del Serchio	28,6	2	7
Pistoiese	67,1	100	149
Val di Nievole	52,9	9	17
Alta Val di Cecina	62,5	5	8
Val d'Era	47,1	8	17
Pisana	64,5	20	31
Bassa Val di Cecina	20	2	10
Senese	---	0	5
Fiorentina	34,8	23	66
Fiorentina Sud-Est	100	1	1
Mugello	38,9	7	18
ASL Empoli	16,7	1	6
Versilia	67,7	21	31
Totale	54,2	202	373

Figura 16 – Distribuzione dei soggetti dimessi per motivo di dimissione



e. Outcome

I soggetti inseriti in sperimentazione sono stati monitorati anche tramite vari flussi sanitari amministrativi regionali, in particolare sono stati misurati il tasso di accesso in pronto soccorso e il tasso di accesso in ospedale.

Tenendo conto della composizione della popolazione in esame (sesso ed età), questi indicatori sono stati calcolati per gli assistiti in BIA e in modulo base nello stesso periodo di riferimento. Come si vede in tabella 8, gli assisti in BIA presentano meno accessi in PS e meno ricoveri. In effetti in BIA sono stati monitorati mediamente 32 accessi in pronto soccorso ogni 100 assistiti in un anno rispetto ai 137 del modulo base e 23 accessi in ospedale ogni 100 assistiti in un anno rispetto ai 50 del modulo base.

Tab 8 – Tasso di accesso in pronto soccorso e in ospedale (accessi in un anno ogni 100 persone)

ZONA	Tasso di accesso in PS		Tasso di accesso in Ospedale	
	BIA	M base	BIA	M base
ASL Empoli	10,6	355,3	0	202
Lunigiana	14,6	105,7	25,2	79,3
Valle del Serchio	37,7	124,4	21,1	92,6
Pistoiese	20,8	252,2	26	157,7
Val di Nievole	49,9	318,7	36,8	150,7
Alta Val di Cecina	71	278,9	55,9	182,7
Val d'Era	56,3	223,4	38,2	124,1
Pisana	29	197	23,9	127,2
Bassa Val di Cecina	30,7	111,2	15,4	22,9
Senese	43,7	219,6	26,8	114,9
Fiorentina	34,2	171,7	16,1	83,7
Fiorentina Sud-Est	0	199,2	0	113,9
Mugello	37,4	223,6	8,5	141,6
Versilia	42,5	229,3	25,5	66,7
Totale	**32**	**137,1**	**22,7**	**49,5**

5. Osservazioni conclusive

Le seguenti osservazioni conclusive sono elaborate sulla base dell'analisi dei dati presentati nei capitoli precedenti e degli incontri o feedback ricevuti dai soggetti attuatori e dalle zone.

Dal punto di vista strutturale è utile rilevare che:

a. Prevedere un modulo BIA separato non è sostenibile dal punto di vista organizzativo ed economico in quelle strutture che hanno meno di 60 pl;
b. Il Modulo BIA separato deve poter garantire comunque almeno 15/20 pl.

Dal punto di vista del profilo valutativo determinato in ingresso dalle UVM, è utile rilevare che:

a. I bassi tassi di accesso al pronto soccorso e di ricovero in ospedale degli assistiti residenti in modulo BIA, rispetto a quelli dei residenti in modulo base, ci confermano che è possibile selezionare una casistica di assistiti a bassa complessità clinica che può essere adeguatamente assistita in un *setting* a più bassa intensità assistenziale rispetto a quella prevista per il modulo base.
b. L'analisi delle caratteristiche bio-psichiche degli assistiti ammessi in modulo BIA fa rilevare come possano ritenersi eleggibili a questa tipologia di assistenza anziani con "livello di isogravità" del bisogno da 1 a 3, tollerando un lieve/moderato deficit cognitivo in assenza di disturbi del comportamento o lievi disturbi dell'umore o del comportamento in assenza di deficit cognitivo. Rimane essenziale un basso bisogno assistenziale infermieristico, caratteristica fondamentale della casistica *target* di questo servizio per come concepito.
c. In alcune sperimentazioni, sono stati opportunamente attivati posti letto temporanei per ricoveri di sollievo. Come atteso, il livello di copertura sociale per gli assistiti che ne hanno usufruito è più alto rispetto agli assistiti ricoverati in modo permanente. Il livello di adeguatezza della condizione ambientale (IACA) resta un requisito fondamentale per discriminare gli anziani assistibili a domicilio rispetto a coloro che necessitano di assistenza residenziale. Pertanto si suggerisce che, a regime, un basso livello di copertura sociale rimanga un requisito essenziale per il ricovero permanente in un modulo ma non per il ricovero temporaneo. Diverso è il caso dello spostamento di un anziano da modulo base permanente a modulo BIA: in questi casi l'adeguatezza ambientale non è un parametro di valutazione.

Dal punto di vista del percorso, le strategie territoriali messe in atto, anche in termini di utilizzo, mantengono una forte variabilità. E' utile rilevare che:

a. Dalla verifica della provenienza-valutazione-rivalutazione-dimissione, sembra che sia sufficientemente definito il percorso anche se è necessario un forte miglioramento sui tempi di attesa tra valutazione e ingresso e soprattutto una maggiore tempestività nell'accertare le mutate condizioni nell'autonomia funzionale e/o cognitiva eventualmente segnalate dalla struttura.
b. E' parso particolarmente tutelante per i pazienti il fatto che la struttura a bassa intensità fosse collocata all'interno di una struttura con modulo base, in quanto questo ha permesso di coprire eventuali situazioni di aumentato bisogno in fase di acuzie o peggioramento antecedente allo spostamento in modulo base.

Dal punto di vista del monitoraggio, è essenziale che anche questo tipo di servizio possa essere monitorato tramite flusso informativo corrente AD/RSA. A tal fine è necessario che il modulo BIA (temporaneo e permanente) sia incluso tra i moduli previsti dal campo "tipologia prestazione" nella tabella relativa alle ammissioni.

Allegato B

ATTIVAZIONE MODULO BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE IN RSA

Premessa

La legge regionale n. 66/2008 e la DGR n. 370/2010 definiscono le regole di accesso, gli attori del sistema e gli strumenti per la presa in carico degli anziani non autosufficienti.
Caratteristiche del sistema sono:

- Certezza della presa in carico e della prestazione (presidi dedicati e tempistica di erogazione)
- Appropriatezza della prestazione (valutazione multidisciplinare del bisogno e progetto assistenziale personalizzato condiviso con la famiglia).

La Valutazione è supportata da procedure valutative multidimensionali basate su schede e scale che indagano gli ambiti:

- * clinico funzionale (BADL, IADL, informazioni cliniche complessità infermieristica);
- * cognitivo – emotivo e comportamentale (livelli di compromissione cognitiva, disturbi del comportamento, disturbi dell'umore);
- * socio ambientale (livello adeguatezza ambientale, livello capacità di assistenza diretta e indiretta, livello stress caregiver).

Sulla scorta dei risultati delle indagini di questi tre domini scaturiscono cinque livelli di isogravità e viene redatto il Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) per l'assistito che comprende risposte graduate dall'assistenza domiciliare a quella residenziale.

Lo scenario di riferimento

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.
L'obiettivo della Regione Toscana nell'ultimo biennio è stato quello di 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 si è ritenuto non 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.
A partire dal 2010 è stato avviato un percorso di monitoraggio territoriale del sistema, approfondito nel corso del 2011/2012 con tavoli di ascolto e confronto con gli attori coinvolti a diverso titolo nella gestione della residenzialità e della non autosufficienza riferita ad anziani ultra sessantacinquenni (SdS, Aziende USL, organizzazioni sindacali, sistema cooperativo, gestori pubblici e privati).
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 Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, 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.
Nel 2015 con DGRT n. 398 attraverso il documento approvato, la Regione si è posta l'obiettivo di analizzare le principali criticità esistenti rispetto al mondo della residenzialità, 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**.

Il nuovo modulo residenziale a bassa intensità assistenziale (BIA)
I nuovi bisogni assistenziali: l'anziano in condizione di non autosufficienza lieve.
Nell'ottica del monitoraggio della qualità del sistema e della sostenibilità economica delle risorse a disposizione si è avviato un monitoraggio della qualità dei servizi offerti ed anche dell'appropriatezza delle valutazioni effettuate. In particolare un Gruppo Tecnico composto da ARS, MeS, RT e professionisti del territorio (medici, coordinatori UVM, infermieri, assistenti sociali e medici geriatri), ha lavorato per definire criteri obiettivi di eleggibilità per il percorso residenziale o domiciliare, ripesando e riconsiderando componenti sociali e sanitarie ad oggi non rilevate della valutazione finale.
Da tale revisione è scaturita la necessità di implementare due schede di valutazione: la scheda infermieristica per tener conto del livello di complessità dell'assistenza infermieristica che grava sul caregiver e la scheda sociale per graduare maggiormente l'adeguatezza ambientale ed economica dell'assistito, nonché l'effettiva presenza di una rete familiare (DD 2259/2012).
La necessità di arrivare a definire criteri oggettivi per selezionare l'appropriatezza del percorso domiciliare o residenziale emerge soprattutto dal fatto che molte Zone hanno adottato criteri propri di discernimento del percorso residenziale o domiciliare, allo scopo di perfezionare le indicazioni contenute nella DGR n. 370/2010, spesso basandosi sui livelli isogravità del bisogno che, ricordiamo, sono stati pensati unicamente per distribuire equamente pacchetti isorisorse per l'assistenza domiciliare e non tengono in alcun conto la situazione ambientale e familiare. Tale modo di procedere ha creato, oltre a disomogeneità organizzative e conseguente disparità di trattamento nelle diverse Zone, anche ricorrenti episodi di insoddisfazione da parte delle famiglie.

Criteri di indirizzo verso moduli specifici differenti da quello base, vanno invece nella direzione di un utilizzo appropriato delle risorse dedicate all'assistenza in un'ottica modulare dei servizi residenziali. Recenti studi hanno infatti dimostrato che il profilo di soggetti ricoverati in moduli cognitivo-comportamentali e Centri Diurni Alzheimer risulta non coerente rispetto ai parametri previsti dalla normativa, con conseguente inappropriatezza nell'utilizzo di un servizio costoso e limitato nei posti disponibili sul territorio.
Per quanto riguarda il modulo BIA, la sua finalità è quella di rispondere ad un bisogno di residenzialità di natura prioritariamente sociale nei confronti di persone lievemente non autosufficienti, garantendo così una risposta più appropriata oltre che sostenibile.

Caratteristiche del servizio di residenzialità a bassa intensità assistenziale:
Il modulo BIA è finalizzato a:

1) fornire accoglienza e sostegno per la vita quotidiana e per la cura della persona (personale di assistenza alla persona)
2) svolgere una funzione di protezione e di contrasto al decadimento funzionale e alla disabilità promuovendo stili di vita sani (OSS e Infermieri professionali) e fornendo stimoli all'attività fisica (fisioterapisti) e relazionali (animatori)
3) assicurare la cura e l'assistenza in relazione a problematiche sanitarie croniche o per eventuali sopraggiunte situazioni di disabilità (MMG secondo le modalità previste da DGR n. 364/2006 che fornisce direttive per l'assistenza programmata in RSA e personale infermieristico per terapie iniettive, medicazioni, educazione alla salute)

Tipologia dell'utenza:
Anziani valutati dalla UVM non autosufficienti in almeno una o due attività di base della vita quotidiana (BADL), anche con presenza ricorrente di deficit cognitivo lieve o moderato e/o lievi o moderati disturbi del comportamento/umore, la cui situazione ambientale e familiare non consente la definizione di un progetto assistenziale personalizzato domiciliare.
Per questa tipologia di persone, che non soddisfano i criteri per un percorso residenziale in modulo base, si deve configurare appropriata una risposta residenziale con un modulo a minor intensità sanitaria e maggior assistenza tutelare/ricreativa e riabilitativa.
I livelli di isogravità appropriati per questo profilo di bisogno vanno dall'uno al tre con adeguatezza ambientale e presenza di rete familiare molto basse, secondo le indicazioni della normativa regionale.

Il modulo BIA, destinato dunque ad anziani non autosufficienti che necessitano di una bassa intensità assistenziale, sarà caratterizzato da una particolare attenzione al recupero e mantenimento delle capacità residue, con il coinvolgimento attivo e la stimolazione continua degli ospiti.
Più nel dettaglio:

- la giornata degli ospiti sarà organizzata con la partecipazione attiva degli stessi alla vita del nucleo, alle attività di socializzazione e animazione programmate, sia all'interno che all'esterno della struttura;
- tutte le attività programmate saranno progettate e attuate da una équipe multidisciplinare, con l'obiettivo di massimizzare la stimolazione cognitiva e funzionale degli anziani;

- gli operatori addetti all'assistenza dedicati al nucleo coinvolgeranno gli ospiti (nel limite delle rispettive capacità residue) nella gestione dello spazio personale di vita.

Così come stabilito dalla DGR n. 23/2015 e nel rispetto del **concetto di appropriatezza**, non possono accedere al modulo BIA ospiti con profilo psichiatrico stabilizzato.

Modalità di accesso

L'inserimento in struttura presuppone la valutazione multidimensionale della persona per la definizione del Piano Assistenziale Personalizzato, volto ad individuare le azioni specifiche necessarie. Detta valutazione avverrà da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), attraverso l'utilizzo delle schede di valutazione di cui ai decreti dirigenziali nn 1354/2010 e 2259/2012, con la garanzia di partecipazione e supervisione del MMG. Detta valutazione quindi avrà un approccio multi-professionale e utilizzerà gli strumenti e le scale valutative previste dal Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Le modalità di presa in carico, valutazione e monitoraggio del progetto assistenziale sono quindi quelle previste dalla DGR n. 370/2010 "Progetto per l'Assistenza continua alla persona non autosufficiente".

L'assegnazione ai moduli avverrà sulla base della valutazione multidimensionale e delle priorità rispetto alla tempistica di presentazione della richiesta di valutazione del bisogno.

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

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

Eventuali discordanze nella valutazione della gravità di un ospite tra certificazione da parte dei servizi territoriali all'ingresso nel modulo BIA e quanto rilevato, sempre al momento dell'ingresso nella struttura, da parte del Medico di Medicina generale curante e da parte del personale sanitario che si occupa del modulo BIA dovrà essere tempestivamente comunicato alla Zona distretto/UVM competente per le valutazioni/provvedimenti del caso.

Prestazioni previste

<u>Assistenza alla persona</u>

Interventi di aiuto alla persona nella gestione della vita quotidiana secondo le esigenze dell'utente e delle sue abitudini di vita.

<u>Assistenza sanitaria</u>

Assistenza infermieristica per la sorveglianza sullo stato di salute della persona, eventuali terapie e prestazioni prescritte dal MMG, medicazioni ferite o ulcere da pressione, promozione di autonomia nella capacità di self-management e adozione comportamenti corretti per patologie croniche.

<u>Assistenza riabilitativa e di mantenimento e/o recupero funzionale</u>

Assistenza riabilitativa assicurata dal terapista della riabilitazione. L'utente fruisce di ulteriori forme di assistenza sanitaria e riabilitativa sulla base dei bisogni identificati dal MMG e dalla UVM, anche attraverso pronti accessi alle prestazioni diagnostiche e specialistiche.

Interventi di promozione della salute psicofisica

- attività fisica volta a promuovere il buon mantenimento delle funzioni motorie, sulla base di una valutazione iniziale effettuata da un fisioterapista (di norma assicurata da parte dei servizi territoriali della Zona/Distretto) e del conseguente piano di attività e manovre raccomandate ai fini del recupero e/o mantenimento delle autonomie funzionali e ai fini della prevenzione della disabilità, da svolgersi mediante l'utilizzo di personale non specializzato ma appositamente formato (OSS e ADB) e da prevedersi anche all'interno di attività di tipo ludico;
- iniziative di socializzazione e per la gestione attiva della vita quotidiana, tenendo conto del livello culturale della persona, dell'attività lavorativa svolta, degli hobbies coltivati e dei suoi interessi;
- realizzazione di momenti di animazione collettivi con la partecipazione attiva degli ospiti in occasione di festività, ricorrenze, compleanni, spettacoli.

Prestazioni alberghiere

pasti, lavanderia e guardaroba, pulizia ambienti, servizi generali.

I parametri di riferimento:

Assistenza alla persona: 24.510 ore annue ovvero OSS/ ADB 15 operatori in riferimento ad un nucleo di 40 ospiti

Assistenza medica: MMG

Assistenza infermieristica: in fasce programmate (sulla base dei piani di assistenza), in media n. 3.268 ore annue ovvero 2 infermieri in riferimento ad un nucleo di 40 ospiti

Assistenza fisioterapica: in fasce programmate (sulla base dei piani di assistenza), in media n. 817 ore annue ovvero un terapista part-time in riferimento ad un nucleo di 40 ospiti (si è reputato che una parte di riabilitazione potrebbe essere svolta da terapisti occupazionali)

Animazione socio-educativa: in fasce programmate (sulla base dei piani di assistenza), in media n. 3.268 ore annue ovvero 2 animatori in riferimento ad un nucleo di 40 ospiti.

Monte orario annuale x 40 ospiti	Assistenza infermieristica	Assistenza riabilitativa	Assistenza di base alla persona	Animazione socio educativa
Modulo Base RSA	6.536	1.634	32.680	1.634
Modulo BIA	3.268	817	24.510	3.268

Quota capitaria sanitaria calcolata in base ai costi delle prestazioni:

	ore giorno/ospite	costo orario	costo giornaliero
Assistenza infermieristica	0,22	21,50	4,73
Assistenza riabilitativa	0,06	20,50	1,23
Assistenza di base alla persona	1,67	19,50	32,56
Animazione socio educativa	0,22	20,00	4,40

Presidi			1,50
QUOTA SANITARIA			44,42

Per la quota sociale si rimanda alle voci di costo indicate dall'Allegato 4 della DGRT 402/2004 poiché sono rimesse alla programmazione della singola struttura tenuto conto che i costi relativi all'assistenza di base alla persona e all'animazione socio-educativa, quantificati in € 10,83 nella DGR n. 594/204, sono stati computati interamente alla quota sanitaria.
Riteniamo pertanto, anche sulla base dei dati relativi agli aspetti economici raccolti in sede di monitoraggio dei progetti sperimentali da parte del Laboratorio MeS ai sensi del DD 3708/2015, dover indicare quale importo di riferimento per la definizione della parte sociale della retta € 45,00.

Le modalità di attivazione del Modulo BIA
Il modulo BIA in RSA si configura come una possibilità assistenziale alternativa all'assistenza domiciliare a cui comunque avrebbe diritto la persona per il bisogno accertato, assistenza che, in caso di domiciliarità, consisterebbe in interventi diretti o indiretti e/o frequenza di centri diurni.

La proposta si attiva quindi in un'ottica di flessibilità dell'offerta assistenziale che vada incontro all' appropriatezza dell'offerta stessa nonché alla sostenibilità del sistema.

E' evidente l'importanza di definire esattamente i limiti delle nuove attivazioni, anche attraverso la separazione fisica dei posti dedicati alla BIA rispetto ai moduli tradizionali, in modo da garantire la corretta applicazione dei parametri di assistenza nei confronti di tutte le altre tipologie di utenti ricoverati e favorire la corretta verifica degli standard richiesti.

La UVM, all'atto dell'inserimento dell'assistito nel modulo BIA, dovrà trasmettere tutta la documentazione relativa al Progetto Assistenziale Personalizzato stilato in modo da consentire alla RSA la compilazione del PAI. La compilazione del PAI, nell'indicare le necessità assistenziali, riscontrerà la congruità della valutazione riportata nel PAP.

Controlli
La commissione multidisciplinare dovrà verificare con controlli sistematici - anche a sorpresa - che la presenza del personale sia effettivamente commisurata al livello assistenziale degli ospiti presenti nel modulo BIA, secondo quanto previsto dalla normativa regionale in materia, nonché riscontrare la sussistenza dei requisiti minimi a carattere strutturale e il rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.
Il mancato rispetto dei parametri previsti, determinerà quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Normativa/aspetti contrattuali
Si fa riferimento alla vigente normativa o a specifici atti contrattuali per quanto non indicato (farmaci e prestazioni specialistiche servizi territoriali asl, medico di libera scelta, trasporti sociali e sanitari, tabella dietetica della struttura, prelievi ematici e trasporto dei campioni, approvvigionamento, somministrazione e conservazione dei medicinali prescritti dal medico curante, fornitura di presìdi e ausili ecc.).

Allegato C

Progetti attivati e prorogati al 31/12/2017

Zona	Nome Struttura	Progetti attivati	n. posti
Lunigiana	RSA Fontana d'oro	si	3
Lunigiana	RSA Sanatrix	si	3
Lunigiana	RSA Villa Rosa	si	3
Valle del Serchio	C.A.A. Borgo a Mozzano	si	3
Valle del Serchio	RSA Belvedere Barga	si	5
Pistoiese	RSA Fond. Turati	si	20
Pistoiese	RSA Villa Chiara	si	10
Pistoiese	RSA Villa Guidotti	si	14
Valdinievole	Res. S.Domenico	si	8
Alta val di Cecina	RSA S. Chiara	si	3
Valdera	RSA Belvedere	si	4
Valdera	RSA Giampieri	si	4
Valdera	RSA S.Giuseppe	si	3
Pisana	RSA Cardinal Maffi	si	5
Pisana	RSA S.caterina	si	5
Pisana	RSA Viale	si	8
Bassa Val di Cecina	RSA Fattoria di castello	si	10
Senese	RSA Campansi	si	6
Firenze	Asp Montedomini	si	12
Firenze	CR Gignoro	si	12
Firenze	F. C. Placci	si	7
Firenze	Ist. San Salvatore	si	10
Firenze	RSA Guidi Raggio	si	7
Fiorentina Sud Est	RSA O.P Vanni	si	10
Fiorentina Sud Est	RSA Poggio Adorno	si	10
Mugello	RSA Giotto	si	4
Mugello	RSA Villa Le Ortensie	si	20
Empolese	Res. Villa Serena	si	5
Versilia	Residenza Alfieri	si	12
Totale		**29**	**226**

Allegato D

Progetti sperimentali non attivati per i quali è chiusa la sperimentazione

Zona	**Nome struttura**
Lunigiana	Villa Lory
Lunigiana	Villa Verde
Lunigiana	RSA Michelangelo
Lunigiana	Villa Serena
Valle del Serchio	Villa Grassi Landi
Empolese	RSA Chiarugi