

**OGGETTO** : INTEGRAZIONE E PARZIALI MODIFICHE ALLA D.G.R. 862 DEL 15 LUGLIO 2011 SULLA RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA

<b>DELIBERAZIONE</b>	<b>N.</b>	1749	IN	29/12/2011
		<small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	DATA	

**LA GIUNTA REGIONALE**

- Richiamata la seguente normativa:**
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);
  - D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie);
  - D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza);
  - legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari);
  - legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale);
  - deliberazione di Consiglio regionale 1 agosto 2007 n. 35 (Piano sociale integrato regionale 2007-2010 – Legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) articoli 25 e 62;
  - deliberazione di Consiglio regionale 30 settembre 2009 n. 22 (Piano sociosanitario regionale 2009-2011);
  - deliberazione di Giunta regionale 3 ottobre 2003 n. 1195 (Approvazione degli indirizzi degli indirizzi sui requisiti strutturali, funzionali e di personale per l'autorizzazione al funzionamento dei centri diurni per anziani)
  - deliberazione di Giunta regionale 15 febbraio 2005 n. 308 (Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005);
  - deliberazione di Giunta regionale 1 agosto 2008 n. 969/2008 (Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR 308/2005);
  - deliberazione di Giunta regionale 9 ottobre 2009 n. 1346 (Rideterminazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza);
  - deliberazione di Giunta regionale 6 novembre 2009 n. 1503 (Modifiche alla DGR 969/2008 (Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR 308/2005);
  - deliberazione di Giunta regionale 18 dicembre 2009 n. 1848 (Indicazioni per l'applicazione della DGR 1346/2009 e della DGR 1347/2009);
  - deliberazione di Giunta regionale 5 febbraio 2010 n. 195 (Adeguamento in via provvisoria delle tariffe per i trattamenti sociosanitari residenziali e semiresidenziali disciplinati dalla DGR 969/2009 e ss.mm.ii.);

**Testo CONCORDATO dalla GIUNTA in corso di seduta .**  
 Il presente ATTO è parte integrante della CARTELLA relativa allo schema N. /

Data - IL SEGRETARIO

29/12/2011 (Roberta Rossi)

<b>ATTO</b>	<b>AUTENTICAZIONE COPIE</b>	<b>CODICE PRATICA</b>
		REV969/3
<b>PAGINA</b> : 1	<b>COD. ATTO</b> : DELIBERAZIONE	

SCHEMA N.....NP/22563  
DEL PROT. ANNO..... 2011



## REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Politiche Sociali Integrate - Servizio

- deliberazione di Giunta regionale 5 agosto 2010 n° 970 (Adeguamento delle tariffe per i trattamenti ambulatoriali e domiciliari e le visite specialistiche disciplinate dalla D.G.R. 969/2008 e ss.mm.ii.)
- deliberazione di Giunta 15 luglio 2011 n. 862 (Riordino del sistema della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera. Abrogazione della DGR n. 969/2008 “Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR n. 308/2005”)

**Ritenuto** opportuno precisare che i parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nella DGR 862/11 e nelle sue integrazioni di cui al presente provvedimento, costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento laddove previsto;

**Visto** il Dlgs n. 178/98 “Istituzione del corso di laurea in scienze motorie” che, all’art 2 comma 7, prevede che il suddetto diploma di laurea non abilita all’esercizio delle attività professionali sanitarie di competenza dei laureati in medicina e chirurgia e quelle di cui ai profili professionali disciplinati ai sensi dell’art. 6 comma 3 del Dlgs 502/92 e ss.mm.ii;

**Vista** la L.R. n. 41/2006 “ Riordino del Servizio Sanitario regionale” che all’art 46 riconosce l’esercizio professionale dei laureti in scienze delle attività motorie e sportive nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sia ai fini del mantenimento della migliore efficienza fisica nelle differenti fasce di età e nei confronti delle diverse abilità, sia ai fini di socializzazione e prevenzione;

**Considerato** pertanto necessario prevedere che le funzioni del laureato in scienze motorie rientrino tra quelle previste nell’attività di animazione nell’ambito delle strutture sociosanitarie, per lo svolgimento di attività sia individuali sia di gruppo volte all’educazione e alla prevenzione motoria degli ospiti;

**Dato atto** che la DGR 529 del 25/5/2007 “ Ricognizione delle strutture dell’area sociosanitaria (anziani, disabili, patologia psichiatriche, dipendenze, AIDS) con profili di accreditamento e modifica del manuale di accreditamento di cui alla DGR 5/12/03 n. 1575”, stabiliva requisiti per l’accreditamento per le strutture sociosanitarie;

**Considerato** che la suddetta DGR 529/07 forniva indicazioni sui requisiti organizzativi non congruenti con quanto successivamente stabilito dalla DGR 862/11;

**Ritenuto** pertanto necessario procedere all’abrogazione parziale della DGR 529/2007 per quanto specificatamente sotto riportato:

- Allegato 2 lettera D1 relativamente agli indicatori del requisito “ Il Responsabile Sanitario è in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali, relative alla tipologia di utenza”
- Allegato 2 lettera D2 relativamente al primo indicatore (équipe multidisciplinare) del requisito “è presente un’équipe multidisciplinare con personale adeguato alla tipologia ed al volume delle attività”;

**Viste** le seguenti fonti normative:

**Testo CONCORDATO dalla GIUNTA in corso di seduta .**  
Il presente ATTO è parte integrante della CARTELLA relativa allo schema N. /

Data - IL SEGRETARIO

29/12/2011 (Roberta Rossi)

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

**ATTO**

REV969/3

PAGINA : 2

COD. ATTO : DELIBERAZIONE



- Schema di atto di intesa Stato- Regioni su proposta dei Ministri della Sanità e per la Solidarietà Sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso"
- Regolamento regionale n. 4 del 4/6/96 "Regolamento delle strutture private che svolgono attività di assistenza psichiatrica in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale";
- DGR 1195 del 3/10/03 "Approvazione degli indirizzi sui requisiti strutturali, funzionali e di personale per l'autorizzazione al funzionamento dei centri diurni per anziani";

**Visto** l'Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale del 23/03/2005 che stabilisce che sia incompatibile con le attività dell'ACN il medico che *"operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate."*

**Richiamata** la DGR 377 del 11/04/2008 che stabilisce che l'incompatibilità di cui all'art 17 comma 2 lettera C del suddetto ACN del 23/03/2005 non opera nei confronti dei Medici convenzionati esclusivamente per il servizio di continuità assistenziale;

**Ritenuto** pertanto opportuno ribadire che i medici di medicina generale non possono operare nell'ambito della residenzialità extra ospedaliera di cui alla DGR 862/2011;

**Considerato opportuno** prevedere per tutte le tipologie di utenza la modifica di quanto previsto negli allegati al paragrafo Tariffe Sanitarie Forniture Presidi, nel modo seguente:

*"Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale, nonché i motivi di rescissione del contratto";*

**Ritenuto** opportuno prevedere per tutte le tipologie di utenza spazi di negoziazione di budget secondo la modalità sotto declinata:

*"In casi particolari le ASL possono fare accordi locali con i Distretti Sociosanitari e i soggetti gestori per la definizione di un budget annuale fatte salve le tariffe ed i livelli assistenziali determinati dal presente provvedimento. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%";*

**Valutato** necessario demandare ad un successivo provvedimento, da assumersi in tempi brevi, relativo ad approfondimenti nell'ambito dell'area della Salute Mentale e della Dipendenze in materia di articolazione delle CAUP in bassa ed alta intensità, ricoveri di sollievo ed altre questioni rilevanti poste all'attenzione della Regione da parte delle ASL;

**Testo CONCORDATO dalla GIUNTA in corso di seduta .**  
Il presente ATTO è parte integrante della CARTELLA relativa allo schema N. /

Data - IL SEGRETARIO

29/12/2011 (Roberta Rossi)

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

**ATTO**

REV969/3

PAGINA : 3

COD. ATTO : DELIBERAZIONE



**Valutato** di dover apportare le seguenti modifiche riferite alle specifiche aree d'intervento così come di seguito indicate, al fine di rendere maggiormente coerente il sistema della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera;

**ANZIANI**

1) modifica di quanto previsto nell'allegato 1 paragrafo II Trattamenti, punto A3 Moduli assistenziali, nel modo seguente:

*“nelle strutture a ricettività limitata (composte da un unico modulo) e/o ubicate in zone collinari, montane possono coesistere livelli di diversa intensità assistenziale. La materia è regolata nei contratti tra ASL ed Ente gestore e deve trovare corrispondenza anche nell'autorizzazione al funzionamento”;*

2) modifica di quanto previsto nell'allegato 1 paragrafo III Qualità Assistenziale e Figure Professionali, punto B, nel modo seguente:

*“nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (RSA e RP) e per i soli posti convenzionati, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti, viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza;*

3) modifica di quanto previsto nell'allegato 1 relativamente alla Tabella recante indicazioni sul personale previsto per la funzione svolta in RSA post acutie, prevedendo 4' die del Responsabile Sanitario geriatra o specialista in discipline equipollenti (ai sensi del D.M 30/01/1998 e successive modifiche) o esperienza quinquennale certificata presso strutture per anziani presso strutture autorizzate e/o accreditate per anziani ;

4) modifica di quanto previsto nell'allegato 1 relativamente alla Tabella recante indicazioni sul personale previsto per la funzione di mantenimento svolta in RSA o in RP, prevedendo che il Medico nel caso sia Responsabile della struttura deve possedere la specialità in geriatria o in una disciplina affine (i sensi del D. M 31/01/98) e con anzianità triennale certificata presso strutture per anziani presso strutture autorizzate e/o accreditate per anziani ;

**DISABILI/ANZIANI**

1) modifica di quanto previsto nell'allegato 2 paragrafo II Trattamenti, punto A1, nel seguente modo:

*“le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare utenti in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati su media mensile di questi ultimi”;*

**SALUTE MENTALE**

1) modifica di quanto previsto nell'allegato 4 paragrafo III Qualità Assistenziale e Figure Professionali, punto B , nel modo seguente:

**Testo CONCORDATO dalla GIUNTA in corso di seduta .**  
Il presente ATTO è parte integrante della CARTELLA relativa allo schema N. /

Data - IL SEGRETARIO

29/12/2011 (Roberta Rossi)

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

**ATTO**

REV969/3

PAGINA : 4

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N.....NP/22563  
DEL PROT. ANNO..... 2011



## REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Politiche Sociali Integrate - Servizio

*“nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (CTR RSA e RP) e per i soli posti convenzionati, viene sospesa l’assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti, viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza”;*

### DIPENDENZE

**Valutato** opportuno al fine di maggior chiarezza modificare l’allegato 5 paragrafo II Trattamenti, punto 2 nel seguente modo:

- le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare utenti in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliera nel numero dei posti autorizzati.

Su Proposta dell’Assessore alle Politiche Sociali, Terzo Settore, Cooperazione allo Sviluppo, Politiche Giovanili, Pari Opportunità Lorena Rambaudi e dell’Assessore alla Salute e Sicurezza dei Cittadini Claudio Montaldo

### DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che si ritengono integralmente richiamate:

1) che i parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nella DGR 862/11 e nelle sue integrazioni di cui al presente provvedimento, costituiscono requisito per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento laddove previsto;

2) di stabilire che le funzioni del laureato in scienze motorie rientrino tra quelle previste nell’attività di animazione nell’ambito delle strutture sociosanitarie, per lo svolgimento di attività sia individuali sia di gruppo volte all’educazione e alla prevenzione motoria degli ospiti;

3) di abrogare parzialmente la DGR 529/2007 per quanto specificatamente sotto riportato:

- Allegato 2 lettera D1 relativamente agli indicatori del requisito “ Il Responsabile Sanitario è in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali, relative alla tipologia di utenza”

- Allegato 2 lettera D2 relativamente al primo indicatore (équipe multidisciplinare) del requisito “è presente un’équipe multidisciplinare con personale adeguato alla tipologia ed al volume delle attività”;

**Testo CONCORDATO dalla GIUNTA in corso di seduta .**  
Il presente ATTO è parte integrante della CARTELLA relativa allo schema N. /

Data - IL SEGRETARIO

29/12/2011 (Roberta Rossi)

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

**ATTO**

REV969/3

PAGINA : 5

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N.....NP/22563  
DEL PROT. ANNO..... 2011



**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale**

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Politiche Sociali Integrate - Servizio

4) di ribadire che i medici di medicina generale non possono operare nell'ambito delle strutture extra ospedaliere in convenzione di cui alla DGR 862/2011 ai sensi del ACN del 23/03/2007 e della DGR 377 del 11/04/2008 secondo cui l'incompatibilità non opera nei confronti dei Medici convenzionati esclusivamente per il servizio di continuità assistenziale;

5) di stabilire, nelle more della definizione dei costi standard prevista per i primi mesi dell'anno 2012, per tutte le tipologie di struttura che, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget . In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%

6) di dare mandato al Settore Prevenzione, Sanità Pubblica e Fasce Deboli di predisporre un successivo provvedimento, da assumersi in tempi brevi, relativo ad approfondimenti nell'ambito dell'area della Salute Mentale e della Dipendenze in materia di articolazione delle CAUP in bassa ed alta intensità, ricoveri di sollievo ed altre questioni rilevanti poste all'attenzione della Regione da parte delle ASL;

7) di apportare le modifiche riferite alle specifiche aree d'intervento così come di seguito indicate nei singoli allegati;

----- FINE TESTO -----

**Testo CONCORDATO dalla GIUNTA in corso di seduta .**  
Il presente ATTO è parte integrante della CARTELLA relativa allo schema N. /

Data - IL SEGRETARIO

29/12/2011 (Roberta Rossi)

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

**ATTO**

REV969/3

PAGINA : 6

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

## **Trattamenti a favore delle persone anziane**

### **I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI**

#### **A. Accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali**

Il Distretto Sociosanitario, anche attraverso le sue articolazioni sub territoriali, provvede alle procedure di avvio all'inserimento nelle strutture residenziali o a ciclo diurno. L'inserimento in struttura è effettuato previa:

- valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
- definizione degli indirizzi riabilitativi e/o terapeutico-assistenziali che concorrono alla realizzazione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA).

#### **B. Strumenti di valutazione**

Nella fase di accesso alle strutture i servizi ASL utilizzano la scheda AGED plus prevista dal debito informativo sociosanitario, aggiornata nel termine massimo dei sei mesi precedenti l'accesso.

Le rivalutazioni periodiche sono effettuate dalle strutture utilizzando la scheda AGED plus prevista dal debito informativo sociosanitario ministeriale.

#### **C. Verifiche periodiche**

Il Piano Individualizzato di Assistenza viene rivalutato semestralmente dalla struttura ospitante, o con tempi inferiori nel caso di significativi mutamenti delle condizioni psico-fisiche della persona assistita tali da comportare una variazione del livello di trattamento assistenziale.

Tale rivalutazione è soggetta ad obbligo di validazione da parte dell'ASL nel caso di cambiamenti significativi del livello di autonomia e di salute dell'assistito e di livello di assistenza. L'ASL provvede altresì ad una programmazione annuale di controlli e verifiche.

#### **D. Continuità assistenziale**

Al fine di assicurare la continuità assistenziale, prima di eventuali dimissioni, e con particolare riferimento alle dimissioni da RSA post acuti, i servizi procedono alla valutazione delle condizioni dell'assistito allo scopo di rilevare ulteriori fabbisogni assistenziali in relazione sia a servizi di residenzialità permanente, anche introducendo criteri trasparenti di priorità di accesso nei sistemi di gestione delle liste di attesa, sia a forme di cure domiciliari e accesso a centri diurni, sia a forme di assistenza e tutela sociale. Gli strumenti della continuità assistenziale vanno altresì utilizzati in particolare per rafforzare l'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali laddove si rilevino episodi transitori di riacutizzazione.

### **II. TRATTAMENTI**

#### **A. Moduli assistenziali**

1. Di norma, salvo le eccezioni indicate nel presente provvedimento, le strutture devono essere organizzate in moduli omogenei secondo l'intensità del trattamento, che garantiscano diverse gradualità di assistenza sanitaria, anche a salvaguardia degli stati di aggravamento degli ospiti, in modo da evitare trasferimenti traumatici in altre strutture.
2. La funzione sociosanitaria di mantenimento può essere svolta, in moduli omogenei, sia in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), sia in Residenze Protette (RP), purché queste ultime siano in possesso dei requisiti di personale e di organizzazione atti a svolgere tale funzione (l.r. 12/2006 art. 59 comma 2).

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

3. nelle strutture a ricettività limitata (composte da un unico modulo) e/o ubicate in zone collinari, montane possono coesistere livelli di diversa intensità assistenziale. La materia è regolata nei contratti tra ASL ed Ente gestore e deve trovare corrispondenza anche nell'autorizzazione al funzionamento
4. I Centri Diurni , tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare iscrizioni in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.
5. Nelle Residenze Protette per anziani, qualora a seguito della rivalutazione si rilevi, per un numero di ospiti inferiore alla capacità del modulo, un aggravamento delle condizioni tale da richiedere un trattamento di maggiore intensità/mantenimento, sono riconosciuti i tempi assistenziali aggiuntivi;

#### **B. Tempi assistenziali**

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento per quanto riguarda gli infermieri professionali e gli operatori addetti all'assistenza sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.
2. Nella distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. I parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento laddove previsto.

#### **C. Ricoveri di sollievo**

Le ASL devono prevedere inserimenti per ricoveri di sollievo nel setting assistenziale adeguato al bisogno assistenziale della persona, programmando un adeguato numero di posti letto nelle strutture accreditate, che sono tenute ad accogliere tale tipologia di ospiti. Il setting assistenziale adeguato e la durata del ricovero sono valutati dai servizi competenti. In carenza di pazienti con tipologia di "sollievo" i posti vengono utilizzati per ricoveri "definitivi".

#### **D. Nuove tipologie assistenziali**

Nelle successive declaratorie dei trattamenti per persone anziane sono individuate nuove funzioni assistenziali o riformulate tipologie già esistenti, allo scopo da un lato di migliorare l'appropriatezza dei trattamenti, dall'altro di rispondere all'evoluzione dei profili di fabbisogno assistenziale, e precisamente:

- stati vegetativi e stati di minima coscienza (RSA post Acuzie)
- trattamenti in ambiente protesico (RSA di mantenimento) per persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, ed espressamente valutate dall'ASL.

#### **E. Debito informativo**

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.

### **III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI**

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

- A.** Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:
1. programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
  2. assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture;
  3. garantendo nei servizi per anziani la funzione di coordinamento dell'assistenza (infermiere professionale e – ad esaurimento laddove esistente – caposala) proporzionalmente al numero degli ospiti, e comunque nella misura di almeno un coordinatore nelle strutture con un numero di posti uguale o superiore a 60, compreso nei tempi assistenziali indicati per la funzione infermieristica.
- B.** Nelle strutture accreditate di residenzialità permanente ( RSA e RP) e per i soli posti convenzionati, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti, viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza;

#### **IV. TARIFFE SANITARIE, FORNITURE E PRESIDI**

1. Per i ricoveri di sollievo la cui durata dovrà essere definita temporalmente in accordo con la ASL inviante al momento dell'ingresso è prevista la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente. Qualora l'ospite non venga dimesso al termine del periodo di sollievo lo stesso è tenuto al pagamento della retta intera. Questa eventualità dovrà essere esplicitata, accettata e sottoscritta dall'utente al momento del ricovero. Qualora la persona, pur occupando il posto non corrispondesse la quota dovuta, sarà cura della ASL assumere i dovuti provvedimenti.
2. Nelle strutture per anziani, nel caso di episodi acuti che richiedano il ricovero ospedaliero degli ospiti, la struttura è tenuta a conservare il posto, senza corresponsione di quota sanitaria, per un periodo non superiore a 5 giorni. Qualora il ricovero si protragga oltre i cinque giorni, per un periodo concordato con il servizio ASL competente viene corrisposto il 50% della tariffa sanitaria per un massimo di 30 giorni. Successivamente le strutture possono ritenere dimesso l'ospite o concordare con la famiglia l'eventuale mantenimento del posto in percentuale sulla tariffa complessiva.
3. Nei Centri diurni per anziani, per le assenze di una o più giornate tra quelle programmate sarà corrisposta una tariffa pari al 70% della tariffa sia sanitaria che di compartecipazione.
4. Sono confermati gli indirizzi in atto per la fornitura dei farmaci a carico delle ASL alle strutture (art. 8 Legge 405 del 16 novembre 2001) attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il coinvolgimento degli Enti Gestori. I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.) sono a carico delle ASL; lo stesso dicasi per le forniture protesiche comprese nell'Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario.

I prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti sono a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

5. Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale, nonché i motivi di rescissione del contratto. Nelle more della definizione dei costi standard, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%;
6. Le ASL, anche avvalendosi dello strumento contrattuale, concordano con gli Enti Gestori modalità di rimodulazione dell'offerta assistenziale ai fini di rispondere in modo tendenzialmente completo ai

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

fabbisogni del territorio, limitando il ricorso agli inserimenti in strutture extraregionali all'ipotesi di non reperibilità di servizi e prestazioni sul territorio regionale. Qualora per esigenze specifiche la ASL richiedesse motivatamente alle strutture standard superiori a quelli stabiliti dal presente provvedimento, la stessa deve riconoscere alla struttura tariffe corrispondenti adeguate.

## V. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

1. La compartecipazione alla spesa a carico dell'utente per i trattamenti a favore delle persone anziane indicati nel presente provvedimento, è individuata come segue:

l'importo base della compartecipazione alla spesa è pari a 42,00 euro/die annualmente adeguato in base al tasso di inflazione programmato e comprende i seguenti servizi, da garantirsi in ogni struttura autorizzata/accreditata/convenzionata:

- ricevimento e accoglienza ospiti;
- aiuto alla persona nello svolgimento di funzioni essenziali quali nutrizione, mobilità, socializzazione con individuazione di operatore dedicato referente/responsabile con funzioni di: accoglienza, referente per il soddisfacimento delle esigenze personali del paziente/ospite, referente/facilitatore per la famiglia, collegamento con i medici,...;
- animazione comprensiva di accompagnamenti all'esterno/uscite quando possibile;
- servizio nelle camere con disponibilità di arredi adeguati alle esigenze del paziente/ospite, pulizie e acquisto di materiali;
- pulizia e mantenimento degli ambienti comuni;
- cucina e ristorazione (acquisti, preparazione e distribuzione pasti con adeguato bilanciamento nell'apporto calorico-nutrizionale rispetto alle esigenze dell'ospite, rispettosi delle diete personalizzate e, ove necessario, supporto nell'assunzione degli stessi);
- lavanderia e stireria per la biancheria della residenza e per quella del paziente ospite in caso di in capienza economica dello stesso".
- Eventuale trasporto per visite/prestazioni sanitarie ambulatoriali per pazienti deambulanti per i quali la ASL non fornisce servizio trasporto in ambulanza, lo stesso viene garantito dalla struttura.

Per i posti convenzionati l'importo base della compartecipazione non può essere inferiore a quello indicato. Laddove i servizi sopra indicati siano maggiormente personalizzati e/o qualitativamente superiori in base ad accordi con i Comuni e le ASL/DSS possono essere previsti incrementi fino al 30%, definiti utilizzando lo strumento di valutazione approvato con DGR 1795/2008 oppure altri strumenti già adottati dai Distretti sociosanitari e/o dai Comuni. Detti incrementi sono applicabili alla sola quota di compartecipazione alla spesa. La quota di compartecipazione praticata dalla struttura deve essere riportata nel contratto con la ASL.

2. In ogni tipologia di trattamento, la famiglia o chi ne fa le veci sottoscrive con la struttura ospitante un'impegnativa in merito ai costi a carico dell'utente.
3. Tutte le strutture devono rendere pubbliche le tariffe applicate, nella carta dei servizi o in altro materiale informativo che illustra la struttura ed i servizi prestati, a norma della L. 241/1990. Le informazioni sulle tariffe dovranno chiaramente indicare la quota sanitaria distinta dalla quota alberghiera.
4. In sede di valutazione del reddito dell'assistito da parte del Comune per accertare i costi a suo carico, va comunque garantita all'interessato una quota idonea a fronteggiare le primarie necessità della vita (di norma 150 euro mensili, fatti salvi eventuali scostamenti determinati da specifici obiettivi/esigenze nell'ambito del PIA).
5. La compartecipazione alla spesa individuata dal presente provvedimento non è applicabile per le strutture extra-regionali, dove valgono le normative emanate dalle Regioni in cui sono ubicate tali strutture.

## VI. TABELLE DEI TRATTAMENTI E PARAMETRI ASSISTENZIALI

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti a favore delle persone anziane previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

ANZIANI		livello: TRATTAMENTI DI RECUPERO PER LA FASE POST ACUZIE	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN RSA</b>		Modulo 20/25 posti*	
<b>Utenti</b>	Anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali, polipatologie e patologie oncologiche non richiedenti cure di tipo ospedaliero o cure erogate dall'hospice. Il trattamento di recupero per la fase post acuzie di norma non è superiore a 30 giorni, prorogabili a 60 giorni previa valutazione dell'UVM. Soltanto nei casi di comprovata necessità riabilitativa, il termine può essere ulteriormente prorogato di 30/60 giorni, previa esplicita autorizzazione dell'UVM, con compartecipazione a carico dell'utente dal 60° al 90°/120°giorno.		
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero a termine.		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
Responsabile Sanitario medico	10' – (70')	a) 4' Responsabile Sanitario medico geriatra o specialista in discipline equipollenti (D.M 30/01/1998 ess.mm.ii) o esperienza quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate b) 6' medico non specialista/die	
fisioterapista	23' – (161')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale in affiancamento al fisioterapista).	
Infermiere	42' – (294')	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere per struttura.	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	90' – (630')	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).	
Totale	165' – (1.155')		
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>111,72 euro</b>	Qualora si protragga la permanenza nella struttura riabilitativa dopo la cessazione del progetto terapeutico, e comunque dal 60° al 90°/120 giorno, la tariffa complessiva è pari a 111,72 euro, di cui 69,72 euro di quota sanitaria e 42,00 euro a carico dell'assistito.	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN RSA – MODULO PER STATO VEGETATIVI E STATI DI MINIMA COSCIENZA</b>		Modulo 5/10 posti*	
<b>Utenti</b>	Anziani in stato vegetativo persistente (da 3-6 mesi) e/o in stato di minima coscienza quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il quadro clinico sia stabilizzato, il programma terapeutico definito, la riabilitazione intensiva completata con passaggio alla fase della Cronicità e vi sia una impossibilità di dimissione al domicilio.		
<b>Prestazioni</b>	Gestione delle comorbilità premorbuse o secondarie alla fase intensiva, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero/mantenimento dello stato di coscienza ed attrezzature per il monitoraggio e la sorveglianza del paziente. Deve essere garantita la consulenza specialistica necessaria alla multidisciplinarietà della presa in carico. Il modulo è di norma inserito in una struttura plurimodulare a diversa intensità assistenziale		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
Responsabile Sanitario medico geriatra o specialità equipollente	10' – (70')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario	
fisioterapista	35' – (245')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, in affiancamento al fisioterapista )	

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

Infermiere	75' – (525')	Nelle strutture monomodulari nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere; nelle strutture plurimodulari a diversa intensità assistenziale deve essere comunque garantita la presenza infermieristica.
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	100' – (700')	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).
<b>Totale</b>	<b>220' – (1.540')</b>	

**Tariffa sanitaria 180,04 euro**

ANZIANI livello: TRATTAMENTI SOCIO SANITARI DI MANTENIMENTO

**FUNZIONE SVOLTA IN RSA O IN RP** Modulo 20/25 posti\*

**Utenti** Anziani con esiti cronicizzati da polipatologie e da deficit cognitivi. Punteggio AGED maggiore di 16.

**Prestazioni** Prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per anziani non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza; assistenza medica, infermieristica, tutelare, attività rieducative e di animazione. Sono compresi in questa tipologia anche i ricoveri di sollievo.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile sanitario medico	4' – (28')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario che deve possedere la specialità geriatrica o specialità affine (D.M 31/01/1998 e ss.mm.ii.) con anzianità triennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate.
fisioterapista	6' – (42')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, In affiancamento al fisioterapista)
Infermiere	26' – (182')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza di un infermiere per struttura fino a 60 posti, anche con reperibilità in struttura con la possibilità di inserirlo in turno attivo dalle 21.00 alle 7.00.
animatore	3' – (21')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	88' – (616')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore (OSS/OSA/OTA) per struttura e in ogni caso ogni 40 posti.
<b>Totale</b>	<b>127' – (889')</b>	

**Tariffa sanitaria 46,24 euro**

**Compartecipazione base 42,00 euro**

**FUNZIONE SVOLTA IN RSA IN AMBIENTE PROTESICO** Modulo 15/25 posti

**Utenti** Persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, espressamente valutate dall'ASL.

**Prestazioni** Il modulo dotato di ambiente protesico è di norma inserito in strutture che provvedono anche ad altri trattamenti assistenziali nell'area della residenzialità (RSA) o della semiresidenzialità (C.D.II° livello). Adotta un modello di cura che mira a creare un adattamento ambientale flessibile tra le persone affette da demenza e lo spazio fisico, i programmi e le persone significative con le quali il malato deve interagire.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile Sanitario medico geriatra o specialità	6' – (42')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

equipollente			
Neuropsicologo	4' – (28')		
Infermiere	20' – (140')		Nelle strutture monomodulari nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere. Nelle strutture plurimodulari a diversa intensità assistenziale deve essere comunque garantita la presenza infermieristica.
terapista occupazionale	14' – (98')		
Animatore	10' – (70')		
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	106' – (742')		Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).
<b>Totale</b>	<b>160' – (1.120')</b>		

**Tariffa sanitaria 57,02 euro**

**Compartecipazione base 42,00 euro**

**FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 2° LIVELLO**

Modulo 10/20 posti

**Utenti** Persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, espressamente valutate dall'ASL.

**Prestazioni** Prestazioni sanitarie e di riabilitazione attuate in ambiente protesico e con metodologia specifica per pazienti con prevalenti disturbi cognitivi. Assistenza infermieristica, tutelare, supporto psicologico, attività rieducative e di animazione.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
psicologo/neuropsicologo	4' – (20')
infermiere	3' – (15')
laureato in scienze motorie, educatore, animatore, terapista occupazionale	30' – (150')
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	90' – (450')
<b>Totale</b>	<b>127 – (635')</b>

**Tariffa sanitaria 32,84 euro**

**Compartecipazione 12,35 euro**

ANZIANI livello: TRATTAMENTI DI LUNGO-ASSISTENZA

**FUNZIONE SVOLTA IN RESIDENZA PROTETTA**

Modulo 25/30 posti\*

**Utenti** Anziani con esiti cronicizzati di patologie senili. Punteggio AGED da 10 a 16.

**Prestazioni** Prestazioni residenziali con assistenza sanitaria di medicina generale, assistenza infermieristica e tutelare, di animazione e socializzazione.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile sanitario	2' – (14')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario
Medico tecnico della riabilitazione	5' - (35')	Con formazione professionale orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es.: fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, in affiancamento al fisioterapista)

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

infermiere	9' – (63')	
Animatore	3' – (21')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	61' – (427')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore ogni 40 posti (infermiere/OSS/OSA/OTA). Nelle strutture organizzate su più piani è garantita di norma la presenza di un operatore aggiuntivo a tutela degli ospiti e degli operatori).  Se l'operatore non è infermiere, deve essere garantita la reperibilità infermieristica, anche con reperibilità in struttura con la possibilità di inserimento in turno attivo.
Totale	80' – (560')	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>28,71 euro</b>	
<b>Compartecipazione base</b>	<b>42,00 euro</b>	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 1° LIVELLO</b>		Modulo 15/25 posti
<b>Utenti</b>	Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica, senza prevalenti disturbi cognitivi.	
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni diurne di carattere infermieristico, tutelare e di aiuto alla persona, attività occupazionali, di animazione e riattivazione motoria.	
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
infermiere	3' – (15')	
Animatore	15' – (75')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	60' – (300')	
Totale	78' – (390')	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>18,59 euro</b>	
<b>Compartecipazione</b>	<b>15,31 euro</b>	

\* PER LE STRUTTURE GIÀ ESISTENTI, CON RIGUARDO PARTICOLARE A QUELLE DELL'ENTROTERRA, E' PREVISTA UNA DEROGA PER I MODULI CHE POSSONO PREVEDERE NUMERI INFERIORI O SUPERIORI SE GIÀ AUTORIZZATE AL MOMENTO DELL'ADOZIONE DEL PRESENTE PROVVEDIMENTO

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

## Trattamenti a favore delle persone disabili

### I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

- 1) All'accesso alle strutture provvede il Distretto Sociosanitario attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), la redazione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA) e del Piano Riabilitativo Individualizzato (PRI). Successivamente il PIA e il PRI dovranno essere rivalutati con la struttura ospitante in collaborazione con l'UVM almeno annualmente, o con tempi inferiori nel caso di significativi mutamenti delle condizioni psico-fisiche della persona assistita.
- 2) La rivalutazione finalizzata alla verifica del PRI relativamente alle prestazioni da erogare sulla base dei LEA (DPCM 21-11-2001) è effettuata dall'UVM, anche tramite proprie sottounità costituite da operatori di diversa professionalità che vedano la compresenza di operatori sanitari, tra cui necessariamente un medico specificatamente competente in relazione alla tipologia di utenza ospitata, e operatori sociali; l'esito della valutazione deve essere formalizzato in apposito verbale controfirmato dal responsabile medico della struttura ospitante. L'ASL provvede ad una programmazione di controlli e verifiche.

### II. TRATTAMENTI

#### A. Moduli assistenziali

1. Le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare utenti in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.

#### B. Tempi assistenziali

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore comprensivi di attività di équipe e coordinamento). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.
2. Nell'ambito della distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. I parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO delle strutture sociosanitarie residenziali e a ciclo diurno.

#### C. Debito informativo

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.

### III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:

1. programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
2. assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture;

#### **IV. TARIFFE SANITARIE, FORNITURE E PRESID**

1. Sono confermati gli indirizzi in atto per la fornitura dei farmaci a carico delle ASL alle strutture (art. 8 Legge 405 del 16 novembre 2001) attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il coinvolgimento degli Enti Gestori. I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.) sono a carico delle ASL; lo stesso dicasi per le forniture protesiche comprese nell'Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario.

I prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti saranno a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

2. Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale, nonché i motivi di rescissione del contratto. Nelle more della definizione dei costi standard, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%;

#### **V. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

1. La compartecipazione alla spesa a carico dell'utente, già disciplinata dalla DGR 1346/2009, nelle strutture sociosanitarie per persone disabili afferenti alle declaratorie dei trattamenti disciplinati dal DPCM sui LEA, è definita come segue:

TIPOLOGIA STRUTTURA	ALiquota COMPARTECIPAZIONE SULLA TARIFFA COMPLESSIVA
Trattamenti di mantenimento in strutture residenziali	30%
Trattamenti di mantenimento in strutture semiresidenziali	
RSA	
Strutture "Dopo di noi"	60%

2. La compartecipazione alla spesa individuata dal presente provvedimento non è applicabile per le strutture extra-regionali, dove valgono le normative emanate dalle Regioni in cui sono ubicate tali strutture.

#### **VI. TABELLE DEI TRATTAMENTI, PARAMETRI ASSISTENZIALI**

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti a favore delle persone disabili previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

<b>DISABILI</b>		livello: <b>TRATTAMENTI RIABILITATIVI</b>	
<i>(Sono riconducibili a questo profilo le strutture ex art. 26 L. 833/78 e le strutture che provvedono ai soggetti in fase post coma/traumatizzati cranio-encefalici)</i>			
<b>FUNZIONE RIABILITATIVA INTENSIVA ED ESTENSIVA SVOLTA IN STRUTTURA DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE</b>			
<b>Utenti</b>	Disabili fisici, psichici e sensoriali in fase post-acuta suscettibili di recupero e riabilitazione.		
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni residenziali diagnostiche e di riabilitazione intensiva ed estensiva per il recupero delle disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, associate a programmi psicoeducativi, con obiettivi di riabilitazione anche sociale e occupazionale. Prestazioni di socializzazione e consulenze psicologiche, assistenza infermieristica, tutelare e di aiuto alla persona. Il progetto assistenziale definisce i tempi di permanenza nella struttura.		
<b>Personale in struttura residenziale</b>	<i>minuti/die per utente (per struttura)</i>		Struttura 60 posti
Responsabile sanitario medici, psicologi e altre figure che concorrono alla formulazione della diagnosi e del PIA	4' – (240')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario	
operatori laureati: infermieri, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione e altre lauree equipollenti	45' – (2700')	Presenza di n. 7,5 operatori distribuiti nei turni die/notte.	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	90' – (5400')	Presenza di n. 15 operatori distribuiti nei turni die/notte.	
Totale	139' – (8.340')	Per i trattamenti collegati a disabili gravissimi o plurihandicap è individuato un incremento dei tempi di assistenza da concordarsi con le ASL. Per i trattamenti collegati a soggetti post-coma /traumatizzati cranio encefalici (DGR 876/2003) i tempi assistenziali sono individuati complessivamente in 220 minuti/die per utente.	
<b>Personale in struttura semiresidenziale</b>	<i>minuti/die per utente (per struttura)</i>		Struttura 40 posti
Responsabile Sanitario medici, psicologi e altre figure che concorrono alla formulazione della diagnosi e del PIA	6' – (240')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario	
operatori laureati: infermieri, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione e altre lauree equipollenti	54' – (2160')	Presenza di 5 operatori/die per 5 giorni la settimana.	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	43' – (1720')	Presenza di 4 operatori/die per 5 giorni la settimana.	
Totale	103' – (4120')	Per i trattamenti collegati a disabili gravissimi o plurihandicap è individuato un incremento dei tempi di assistenza da concordarsi con le ASL.	
<b>Tariffa sanitaria</b>			
<i>res. base</i>	<b>118,50 euro</b>		
<i>res. differenziata</i>	<b>154,61 euro</b>		

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

<i>res .disabilità complesse</i>	<b>163,50 euro</b>
<i>post coma/traumatizzati cranio encefalici (DGR 876/03)</i>	<b>182,68 euro</b>
<i>semires. base</i>	<b>72,00 euro</b>
<i>semires. differenziata</i>	<b>89,46 euro</b>
<i>semires. disabilità complesse</i>	<b>155,89 euro</b>
<b>Compartecipazione</b>	Per le persone inserite nelle strutture riabilitative , al termine del trattamento assistenziale intensivo ed estensivo previsto dal progetto, qualora si protragga la permanenza nella struttura residenziale o semiresidenziale, si applica la quota di compartecipazione pari al 30% della tariffa sanitaria (DGR 1346/2009 e DGR 1848/2009).

**DISABILI** livello: **TRATTAMENTI DI LUNGO-ASSISTENZA**

**FUNZIONE SVOLTA IN STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO-RIABILITATIVA**

(Sono comprese anche le strutture di cui alla DGR 505/2004 "Dopo di noi")

<b>Utenti</b>	Disabili fisici, psichici e sensoriali con patologie stabilizzate e disabili privi di sostegno familiare.
<b>Prestazioni</b>	Funzioni socio-educative collegate a forme di riabilitazione e di recupero di abilità sociali. (L. 104/1992 art. 8, D.P.C.M. 29/11/2001, l.r. 19/1994).
<b>Personale e tempi assistenziali</b>	Il personale di assistenza e riabilitazione (educatori/terapisti) rispetta i parametri previsti dalla DGR 505/2004.
<b>Tariffa sanitaria<sup>1</sup></b>	
<i>Dopo di noi</i>	<b>41,14 euro</b>
<i>Struttura socio-riabilitativa</i>	<b>74,36 euro</b>
<b>Compartecipazione</b>	Nel caso di persona priva di reddito o con reddito limitato è da prevedersi il concorso del Comune.
<i>Dopo di noi</i>	<b>61,71 euro</b>
<i>Struttura socio-riabilitativa</i>	Per le persone disabili ospitate in strutture socio-riabilitative ex L. 104/1992 art. 8 e l.r. 19/1994 gestite dai Comuni o convenzionate con gli stessi, la compartecipazione a carico dell'utente è definita degli accordi tra Comuni ed enti gestori.

**FUNZIONE SVOLTA IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE SOCIO-RIABILITATIVA**

<b>Utenti</b>	Disabili fisici, psichici e sensoriali con patologie stabilizzate e disabili privi di sostegno familiare.
<b>Prestazioni</b>	Assistenza diurna o semiresidenziale con prestazioni socio-educative e forme di riabilitazione e di recupero delle abilità sociali.
<b>Personale e tempi assistenziali</b>	Il personale di assistenza e riabilitazione (educatori/terapisti) rispetta i parametri previsti dalla l.r. 19/1994.
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>52,39 euro</b>
<b>Compartecipazione</b>	Per le persone disabili ospitate in strutture socio-riabilitative ex L. 104/1992 art. 8 e l.r. 19/1994 gestite dai Comuni o convenzionate con gli stessi, la compartecipazione a carico dell'utente è definita degli accordi tra Comuni ed enti gestori. Nel caso di persona priva o con limitato reddito è da prevedersi il concorso del Comune.

<sup>1</sup> Nelle strutture riabilitative per disabili classificate come RSA la tariffa complessiva è pari a 106,77 euro di cui 74,74 euro di quota sanitaria (70%) e 32,03 euro di quota di compartecipazione (30%).

**DISABILI** livello: **TRATTAMENTI DI ACCOGLIENZA SOSTITUTIVI DELLE CURE FAMILIARI**

**FUNZIONE SVOLTA IN COMUNITÀ ALLOGGIO, ALLOGGI PROTETTI E STRUTTURE SIMILARI**

<b>Utenti</b>	Persone giovani o adulte con lieve disabilità di carattere fisico, psichico e sensoriale, che non necessitano di riabilitazione ricorrente o continuativa.
<b>Prestazioni</b>	Ospitalità a carattere comunitario anche per adulti soli, con prestazioni di socializzazione e di sostegno al governo della casa. Prestazioni sanitarie equivalenti a quelle erogabili a domicilio fornite dal MMG. Prestazioni infermieristiche riabilitative fornite dal Distretto Sanitario o da servizi accreditati. I Comuni assicurano il supporto sociale.
<b>Tariffa</b>	Da determinarsi da parte dei Comuni, nelle more di definizione di standard organizzativi regionali.

**Trattamenti ambulatoriali e domiciliari e visite specialistiche**  
(indicativamente tre all'anno)

Trattamento ambulatoriale/extramurale – <i>Individuale</i>	<b>43,61 euro</b>
Trattamento ambulatoriale/extramurale – <i>Piccolo gruppo</i>	<b>15,43 euro</b>
Trattamento domiciliare	<b>56,57 euro</b>
Visite specialistiche (comprendono la prima visita per l'accesso alla struttura, una visita di ridefinizione diagnostica e altre eventuali visite richieste dall'ASL e ritenute necessarie per aggravamento e/o mutamenti delle condizioni psicofisiche comunque non più di due l'anno )	<b>20,04 euro</b>

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

## Trattamenti dell'area della psicopatologia dell'età evolutiva

### I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

#### A. Accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali

L'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale è effettuato dal servizio competente con le seguenti modalità:

- 1) per la Comunità Terapeutica Residenziale l'inserimento è richiesto dai competenti servizi sanitari a seguito di valutazione e diagnosi clinica, che potrà – nei casi di particolare complessità – avvalersi della valutazione multidimensionale;
- 2) per la Comunità educativa assistenziale ad alta intensità dell'area sociale (CEA ad alta intensità) , disciplinata dal Regolamento Regionale n. 2 del 2 dicembre 2005, l'inserimento avviene previo progetto concordato tra servizi sociali e sanitari laddove richiesto .

Per i minori con gravi disturbi comportamentali l'inserimento è concordato in sede di valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM del Distretto Sociosanitario. In sede di UVM dovranno essere definiti gli indirizzi terapeutico-assistenziali, che concorrono alla stesura del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA). L'UVM integra il Piano Individualizzato di Assistenza con interventi di supporto come individuati nella successiva declaratoria, determinandone anche la durata nel tempo. Ciascuna CEA ad alta intensità può ospitare minori che presentano tale complessità in misura non superiore al 20% della capacità ricettiva, previa valutazione dell'UVM della compatibilità dell'inserimento con gli altri minori ospiti della struttura.

Tali interventi di supporto sono a carico delle ASL e di norma sono erogati sulla base dei seguenti tempi minimi, da articolare ed eventualmente incrementare, in base al PIA:

- educatore 2h/die
- psicologo 4h/mese (8 minuti/die)
- medico neuropsichiatra infantile 2h/mese (4 minuti/die)

La valutazione dell' UVM per i minori con gravi disturbi comportamentali può riferirsi anche a casi già inseriti per i quali insorgano dette problematiche.

#### B. Strumenti di valutazione

I servizi sociali e sanitari competenti, attraverso i propri strumenti di valutazione e di analisi concorrono alla definizione di un quadro descrittivo della situazione del minore, comprendente gli aspetti inerenti la famiglia, la scuola, i rapporti significativi, gli aspetti sanitari di competenza dei servizi consultoriali e di altri servizi ASL eventualmente coinvolti.

#### C. Verifiche periodiche

La situazione del minore viene monitorata attraverso verifiche, almeno trimestrali, dagli operatori dei servizi di riferimento, anche al fine di mantenere il progetto individualizzato del minore sempre aderente all'evoluzione dei suoi bisogni. Per i minori che usufruiscono di interventi di supporto a carico della ASL presso le CEA ad alta intensità è comunque necessario che vengano effettuate verifiche congiunte degli operatori sia sociali sia sanitari con periodicità almeno trimestrale in particolare verificando l'efficacia e la necessità del mantenimento degli interventi di supporto.

Nel caso di significativi mutamenti della situazione il PIA viene riformulato in UVM.

#### D. Continuità assistenziale

Al fine di assicurare la continuità assistenziale, l'eventuale passaggio da una tipologia di struttura all'altra deve essere supportato da un progetto di accompagnamento, che garantisca un affiancamento al minore nel

delicato momento di transizione e consenta agli operatori della nuova struttura la conoscenza della storia del minore e del percorso effettuato.

Le dimissioni per il rientro del minore nel suo contesto di vita devono essere concordate in tempi congrui con i servizi territoriali e laddove possibile con la famiglia ed il minore, anche al fine di attivare eventuali interventi di sostegno sul territorio.

## II. TRATTAMENTI

### A Moduli assistenziali

Le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare un numero maggiore di utenti rispetto ai posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.

### B Tempi assistenziali

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.
2. Nell'ambito della distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura, nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato, la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. Parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e a ciclo diurno.

### C. Nuove tipologie assistenziali

Nelle successive declaratorie sono individuate nuove funzioni assistenziali allo scopo da un lato di migliorare l'appropriatezza dei trattamenti, dall'altro di rispondere all'evoluzione dei profili di fabbisogno assistenziale, e precisamente:

- Comunità terapeutica riabilitativa per minori e adolescenti residenziale e semiresidenziale: definizione dei parametri di personale e dei tempi assistenziali;
- Interventi di supporto per i minori con gravi disturbi comportamentali inseriti Comunità educativa assistenziale ad alta intensità dell'area sociale, disciplinata dalla DGR 18 novembre 2005 n. 1413 (Regolamento Regionale avente ad oggetto "Tipologie e requisiti delle strutture residenziali, semiresidenziali e reti familiari per minori e specificazione per i presidi di ospitalità collettiva").

### D. Debito informativo

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.

## III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:

1. Programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
2. Assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture;

#### **IV. TARIFFE SANITARIE FORNITURE E PRESIDI**

1. Sono confermati gli indirizzi in atto per la fornitura dei farmaci a carico delle ASL alle strutture (art. 8 Legge 405 del 16 novembre 2001) attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il coinvolgimento degli Enti Gestori. La Regione emana le direttive relative alle tipologie di farmaci e le ASL provvedono alle direttive aziendali relative ai percorsi per le forniture.
2. Nel caso di assenza dalla struttura motivata da ricoveri per episodi acuti o da permessi terapeutici concordati con il servizio inviante per massimo 30 giorni continuativi la tariffa sanitaria è diminuita del 25%.
3. Per i minori sottoposti a procedimenti giudiziari in alternativa alla detenzione o sottoposti a misure di sicurezza e inseriti in Comunità terapeutica, il servizio inviante concorda con la struttura ospitante, in base al trattamento personalizzato, un incremento della tariffa relativa alla tipologia d'offerta non superiore al 20%.
4. Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale, nonché i motivi di rescissione del contratto. Nelle more della definizione dei costi standard, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%;
5. Le ASL, anche avvalendosi dello strumento contrattuale, concordano con gli Enti Gestori modalità di rimodulazione dell'offerta assistenziale ai fini di rispondere in modo tendenzialmente completo ai fabbisogni del territorio, limitando il ricorso agli inserimenti in strutture extraregionali all'ipotesi di non reperibilità di servizi e prestazioni sul territorio regionale.

#### **V. TABELLE DEI TRATTAMENTI, PARAMETRI ASSISTENZIALI**

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti residenziali e semiresidenziali dell'area della Psicopatologia dell'età evolutiva previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

PSICOPATOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA      livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI

**Funzione svolta in Comunità terapeutica riabilitativa per minori e adolescenti residenziale o semiresidenziale**

Modulo 15 posti<sup>2</sup>

**Utenti**      Minori ed adolescenti da 14 a 18 anni di età, con esordi di malattia o disturbi psichiatrici in fase clinica attiva, ivi compresi i disturbi alimentari.  
La Comunità può ospitare anche minori di età inferiore a 14 anni che manifestino analoghe patologie qualora disponga di spazi idonei (camere da letto dedicate) ed il ricovero sia valutato dal neuropsichiatra curante compatibile con gli altri minori ospiti della struttura.  
Il trattamento, qualora il minore sia già inserito in struttura, può essere esteso al massimo al 21esimo anno di età

**Prestazioni**      Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento delle patologie, con funzioni di accoglienza, reinserimento sociale, scolastico/formativo e occupazionale, prestazioni infermieristiche, educative e di assistenza tutelare, con progetto personalizzato e periodica valutazione dell'ospite.  
Ricoveri di norma per un periodo di 6 mesi. Tuttavia nei casi particolarmente complessi tale periodo può essere prolungato fino ad un massimo di 36 mesi complessivi, prevedendo una rivedibilità periodica secondo il quadro clinico.  
I tempi infermieristici e degli OSS possono essere in difetto del 20% se sostituiti con figure di Educatore-Psicologo rimanendo inalterati i minutaggi complessivi

<b>Personale Comunità residenziale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
responsabile medico (neuropsichiatra infantile o psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva)	10' – (70')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario
Psicologo/tecnico della riabilitazione psichiatrica / educatore	152' – (1064')	
infermiere	38' – (266')	
OTA, OSA, OSS e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	30' – (210')	Deve essere garantita l'assistenza notturna da parte di almeno due operatori e la reperibilità diurna e festiva del responsabile medico.
<b>Totale</b>	<b>230' – (1610')</b>	

<b>Personale Comunità semiresidenziale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		Modulo 15 posti
responsabile medico (neuropsichiatra infantile o psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva)	6' – (30')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario	
psicologo	16' – (80')		
tecnico della riabilitazione psichiatrica / educatore	96' – (480')		
infermiere	28' – (140')		

<sup>2</sup> La deroga al numero di 15 p.l. sarà inserita nel Manuale per l'autorizzazione, prevedendo per CTR residenziali e semiresidenziali in particolari contesti/strutture la possibilità di 8/10 p.l.

SCHEMA N. .... NP/22563 DEL PROT. ANNO 2011	<b>REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale</b> Dipartimento Salute e Servizi Sociali Politiche Sociali Integrate - Servizio
--	--

OTA, OSA, OSS e altre figure qualificate dell'area socio-educativa- riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	15' - (75')
<b>Totale</b>	<b>161' - (805')</b>
<b>Tariffa sanitaria</b>	
<i>residenziale</i>	<b>179,68 euro</b>
<i>semiresidenziale</i>	<b>96,00 euro</b>

<b>Interventi di supporto per minori inseriti in Comunità educativa assistenziale ad alta intensità dell'area sociale (CEA) disciplinata dal Regolamento Regionale n. 2 - 2/12/2005</b>	
<b>Utenti</b>	Minori con gravi disturbi comportamentali che vivono in un ambiente familiare non idoneo tale per cui il Servizio Pubblico e/o l'Autorità Giudiziaria ravvisino la necessità di un allontanamento dalla famiglia di origine
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche ed educative secondo quanto previsto nel progetto personalizzato del minore. Le suddette prestazioni, che integrano le attività del personale in servizio presso la Comunità Educativa, sono quantificate sulla base dei tempi minimi indicati al punto A 2
<b>Trattamento</b>	
<b>Costo orario a carico del servizio sanitario</b>	
Trattamento medico specialistico	<b>Costi definiti in sede contrattuale ASL/gestori nel rispetto dei contratti di lavoro nazionali</b>
Sostegno psicologico	<b>Costi definiti in sede contrattuale ASL/gestori nel rispetto dei contratti di lavoro nazionali</b>
Sostegno educativo	<b>Costi definiti in sede contrattuale ASL/gestori nel rispetto dei contratti di lavoro nazionali</b>

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

## Trattamenti dell'area della salute mentale

### I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

#### A. Accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) provvede all'inserimento in struttura previa relazione clinica firmata dal medico referente del caso, in cui sono inserite diagnosi, prognosi, trattamento e la prevista durata del trattamento stesso. E' obbligatoria la compilazione del modulo per il consenso informato da parte dell'assistito o da chi ne ha la tutela.

#### B. Verifiche periodiche

I DSMD effettuano verifiche semestrali sui trattamenti in atto.

Il trattamento intensivo di norma è previsto, con riferimento alla letteratura in materia, della durata massima di 36 mesi.

Le persone in trattamento intensivo da oltre 36 mesi devono essere rivalutate e – salvo eventuali gravi controindicazioni individuate alle luce dei criteri clinici definiti dalla Regione in accordo con il coordinamento degli Enti Gestori che confermino la necessità di proseguire il trattamento intensivo – inserite in idonea struttura con trattamento estensivo e tariffa conseguente.

#### C. Continuità assistenziale

In base alla rivalutazione del progetto individualizzato i servizi procedono, con la struttura ospitante, ad assicurare la continuità assistenziale tra i diversi livelli di assistenza prevedendo percorsi prioritari integrati con i servizi sociali distrettuali che consentano una flessibilità della presa in carico dalla riabilitazione, ai trattamenti sociosanitari di mantenimento e ai trattamenti di lungo-assistenza.

In caso di eventuali riacutizzazioni della patologia la struttura potrà fare riferimento al SPDC del territorio in cui la struttura è ubicata dandone tempestiva comunicazione al servizio inviante.

### II. TRATTAMENTI

#### A. Moduli assistenziali

1. Le strutture, ad eccezione della Comunità terapeutica riabilitativa psichiatrica (CTR) e della Struttura extra-ospedaliera post-acute (SEPA), possono essere organizzate in moduli di diverso livello di intensità di cura per poter garantire contemporaneamente diverse forme di trattamento e sviluppare percorsi individualizzati più consoni al recupero e al reinserimento sociale della persona.
2. La funzione sociosanitaria di mantenimento può essere svolta, in moduli omogenei, sia in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), sia in Residenze Protette (RP), purché queste ultime siano in possesso dei requisiti di personale e di organizzazione atti a svolgere tale funzione (l.r. 12/2006 art. 59 comma 2).
3. I Centri Diurni e le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare iscrizioni in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.

#### B. Tempi assistenziali

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.

2. Nell'ambito della distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. I parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e a ciclo diurno.

### **C. Ricoveri di sollievo**

Le ASL possono prevedere inserimenti per ricoveri di sollievo nel setting assistenziale adeguato al bisogno assistenziale della persona, programmando un adeguato numero di posti letto nelle strutture accreditate, che sono tenute ad accogliere tale tipologia di ospiti. Il setting assistenziale adeguato e la durata del ricovero sono valutati dai servizi competenti.

### **D. Nuove tipologie assistenziali**

I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze in accordo con la struttura accreditata ospitante possono, oltre a quanto già previsto nelle declaratorie dei diversi livelli di assistenza, avvalersi di percorsi di recupero che prevedano una flessibilità della presa in carico. In tale ottica si possono sviluppare percorsi individualizzati più consoni al recupero e al reinserimento sociale della persona.

### **E. Debito informativo**

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.

## **III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI**

**A.** Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:

1. programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
2. assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture.

**B.** Nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (CTR, RSA e RP) e per i soli posti convenzionati, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti, viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza;

## **IV. TARIFFE SANITARIE, FARMACI E PRESIDI**

1. Nelle strutture dell'area della salute mentale, in caso di assenza motivata da ricoveri per episodi acuti o da permessi terapeutici concordati con il servizio inviante, la tariffa sanitaria è diminuita del 25% per massimo 30 giorni continuativi.
2. Per le persone con patologia psichiatrica o in condizioni di dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari in alternativa alla detenzione o sottoposte a misure di sicurezza e inserite in Comunità terapeutica o RSA, il DSMD concorda con la struttura ospitante, in base al trattamento personalizzato, un incremento della tariffa relativa alla tipologia d'offerta non superiore al 20%.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

3. Per i ricoveri di sollievo è prevista la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente. Qualora l'ospite non venga dimesso al termine del periodo di sollievo lo stesso è tenuto al pagamento della retta intera.
4. Sono confermati gli indirizzi in atto per la fornitura dei farmaci da parte delle ASL alle strutture (art. 8 Legge 405 del 16 novembre 2001) attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il coinvolgimento degli Enti Gestori. La Regione emana le direttive relative alle tipologie di farmaci e le ASL provvedono alle direttive aziendali relative ai percorsi per le forniture.

I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.) sono a carico delle ASL; lo stesso dicasi per le forniture protesiche comprese nell'Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario.

I prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti sono a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

5. Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale nonché i motivi di rescissione del contratto. Nelle more della definizione dei costi standard, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%;
6. Le ASL, anche avvalendosi dello strumento contrattuale, concordano con gli Enti Gestori modalità di rimodulazione dell'offerta assistenziale ai fini di rispondere in modo tendenzialmente completo ai fabbisogni del territorio, limitando il ricorso agli inserimenti in strutture extraregionali all'ipotesi di non reperibilità di servizi e prestazioni sul territorio regionale

## V. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

1. Le quote di compartecipazione a carico dell'utente, già disciplinate dalla DGR 1346/2009, per le strutture sociosanitarie dell'area della Salute Mentale afferenti alle declaratorie dei trattamenti disciplinati dal DPCM sui LEA, sono definite come segue:

TIPOLOGIA STRUTTURA	ALIQUOTA COMP.
▪ RSA psichiatrica	30%
▪ Residenza protetta	60%

2. Per le persone già inserite in Ospedali Psichiatrici rivalutate ai sensi della DGR 1352/1997 come pazienti psichiatrici e inserite in RSA psichiatrica o Residenza Protetta dell'area della Salute Mentale, la compartecipazione alla spesa è pari a 5,00 euro/die.

La differenza rispetto alle aliquote di cui alla DGR 1346/2009 e sopra indicate è a carico rispettivamente:

- del Fondo di solidarietà per le persone con gravi disabilità (DGR 1347/2009 e DGR 1848/2009) per coloro che usufruiscono del Fondo stesso;
- dell'ASL di riferimento per coloro che non accedono al Fondo.

3. Per i pazienti psichiatrici ospitati in Comunità alloggio ad utenza psichiatrica (CAUP), la tariffa sanitaria è concordata tra ASL ed Ente Gestore, in relazione alla copertura assistenziale garantita (12/24 ore). La compartecipazione alla spesa è pari a 5,00 euro/die.

4. La quota di compartecipazione a carico dell'utente per i trattamenti indicati nel presente provvedimento, fatte salve le specificazioni previste per ricoveri di sollievo e assenze, deve essere determinata in relazione alle giornate di effettiva presenza e deve essere corrisposta all'ente gestore.
5. In ogni tipologia di trattamento, la famiglia o chi ne fa le veci sottoscrive con la struttura ospitante un'impegnativa in merito ai costi a carico dell'utente.
6. Tutte le strutture devono rendere pubbliche le tariffe applicate, nella carta dei servizi o in altro materiale informativo che illustra la struttura ed i servizi prestati, a norma della L. 241/1990. Le informazioni sulle tariffe dovranno chiaramente indicare la quota sanitaria distinta dalla quota alberghiera.
7. In sede di valutazione del reddito dell'assistito da parte del Comune per accertare i costi a suo carico, va comunque garantita all'interessato una quota idonea a fronteggiare le primarie necessità della vita (di norma 150 euro mensili, fatti salvi eventuali scostamenti determinati da specifici obiettivi/esigenze nell'ambito del PIA).
8. La compartecipazione alla spesa individuata dal presente provvedimento non è applicabile per le strutture extra-regionali, dove valgono le normative emanate dalle Regioni in cui sono ubicate tali strutture.
9. Per l'inserimento in strutture che prevedono la compartecipazione al costo del servizio (RSA psichiatrica, RP, Comunità Alloggio, Alloggi Assistiti) deve essere coinvolto il Comune/DSS di competenza laddove sia richiesto il concorso alla spesa da parte del Comune stesso.

## VI. TABELLE DEI TRATTAMENTI, PARAMETRI ASSISTENZIALI

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti residenziali e semiresidenziali dell'area della Salute mentale previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

SALUTE MENTALE		livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI
<i>Nelle strutture psichiatriche è ammesso un aumento dei tempi psico-educativi e una diminuzione dei tempi degli OSS e degli infermieri sino ad un massimo del 20% della relativa tempistica indicata.</i>		
<b>Funzione svolta in Struttura extra ospedaliera post-acuti (S.E.P.A.)</b> (SPERIMENTALE, AUTORIZZATA DALLA REGIONE)		Modulo 20 posti
<b>Utenti</b>	Persone con esordi di malattia o patologie psichiatriche in fase clinica attiva.	
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento delle patologie psichiatriche, prestazioni infermieristiche, educative, di assistenza tutelare e aiuto alla persona. Ricoveri di 60 giorni, derogabili fino a un massimo di 90 giorni.	
<b>Personale</b>	<i>minuti/die</i> <i>(settimanali)</i>	
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	8' - (56')	
Medico	8' - (56')	
psicologo/ tecnico della riabilitazione / educatore	138' - (966')	
Infermiere	71' - (497')	

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa- riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	25' - (175')
<b>Totale</b>	<b>250' - (1.750')</b>

**Tariffa sanitaria** **154,61 euro**

**Funzione svolta in Comunità terapeutica riabilitativa**

Modulo 20 posti

**Utenti** Persone adulte con esordi di malattia o disturbi psichiatrici in fase clinica attiva.

**Prestazioni** Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento delle patologie psichiatriche, prestazioni infermieristiche, educative e di assistenza tutelare.  
Ricovero sulla base di un programma terapeutico della durata massima di 36 mesi.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	8' - (56')
Medico	8' - (56')
psicologo / tecnico della riabilitazione / educatore	74' - (518')
infermiere	60' - (420')
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa- riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	30' - (210')
<b>Totale</b>	<b>180' - (1260')</b>

**Tariffa sanitaria** **135,00 euro**

**Funzione svolta in Centro diurno**

Modulo 20 posti

*Preferibilmente a gestione diretta del DSMD*

**Utenti** Persone giovani o adulte con patologie psichiatriche in fase post-acuta.

**Prestazioni** Prestazioni diurne a carattere diagnostico, terapeutico, riabilitativo e socio riabilitativo, assistenza specialistica di tipo psichiatrico, infermieristico, educativa e di aiuto alla persona, nell'ambito di programmi riabilitativi di carattere psichiatrico.  
Per le persone in età evolutiva particolari programmi di contenimento dell'evoluzione della patologia con funzioni di recupero e reinserimento sociale e occupazionale.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	12' - (60')
psicologo/tecnico della riabilitazione / educatore / assistente sociale	60' - (300')
Infermiere	48' - (240')

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

Totale 120' – (600')

**Tariffa sanitaria 73,93 euro**

SALUTE MENTALE livello: TRATTAMENTI SOCIO SANITARI DI MANTENIMENTO

**Funzione svolta in RSA psichiatrica**

Modulo 20 posti

**Utenti** Persone affette da gravi patologie psichiatriche stabilizzate, che necessitano di ricovero di mantenimento e assistenza sanitaria a lungo termine.

**Prestazioni** Prestazioni residenziali sanitarie e socio-sanitarie di carattere riabilitativo/educativo di mantenimento, con assistenza infermieristica, tutelare e aiuto alla persona, nell'ambito di programmi di mantenimento a carattere psichiatrico.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	5' – (35')	
Medico	5' – (35')	
psicologo / tecnico della riabilitazione / educatore / assistente sociale	43' – (301')	
Infermiere	42' – (294')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	50' – (350')	Lo standard comprende la copertura del turno di notte, considerato pari a otto ore.
<b>Totale</b>	<b>145' – (1.015')</b>	

**Tariffa sanitaria 82,36 euro**

**Compartecipazione 35,30 euro**

SALUTE MENTALE livello: TRATTAMENTI DI LUNGO-ASSISTENZA

**Funzione svolta in Residenza Protetta**

Modulo 20/25 posti

**Utenti** Persone che necessitano di ricovero di mantenimento, affette da patologie psichiatriche e patologie somatiche stabilizzate che non richiedono elevata assistenza sanitaria.  
Per gli utenti inseriti il CSM garantisce la consulenza

**Prestazioni** Prestazioni residenziali con assistenza sanitaria di medicina generale e consulenza psichiatrica, assistenza infermieristica e tutelare, animazione e socializzazione.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile Sanitario	2' – (14')	Comprensivi della funzione di Responsabile Sanitario
Medico		
psicologo, tecnico della riabilitazione, educatore	45' – (315')	
Infermiere,		

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

SCHEMA N. .... NP/22563  
DEL PROT. ANNO 2011

**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale**

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Politiche Sociali Integrate - Servizio

OSS, OTA, OSA 60' – (420)  
e altre figure qualificate  
dell'area socio-educativa-  
riabilitativa o altre figure  
assistenziali previste dai  
contratti di lavoro

Nel **ciclo notturno** deve essere garantita la presenza dalle  
21.00 alle 7.00 di un OSS per modulo e la reperibilità  
infermieristica

Totale 107' – (749')

**Tariffa sanitaria** 31,55 euro

**Compartecipazione** 47,32 euro

**Funzione svolta in Comunità alloggio (C.A.U.P.) o Alloggi assistiti**

Modulo sino a 8 posti

**Utenti** Persone con esiti stabilizzati di patologie psichiatriche, che non necessitano di assistenza psichiatrica continuativa interna alla struttura.

**Prestazioni** Prestazioni residenziali sociosanitarie a bassa intensità terapeutica fornite dal Centro di Salute Mentale o da un soggetto privato accreditato, con assistenza tutelare e socio-riabilitativa, aiuto alla persona e funzione abitativa.

**Tariffa sanitaria** Concordata tra ASL ed Ente Gestore, in relazione alla copertura assistenziale garantita (12/24 ore).

**Compartecipazione** 5,00 euro

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

**Trattamenti a favore delle persone in condizioni di dipendenza / AIDS**

**I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI**

**A. Accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali**

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) provvede all'inserimento in struttura previa relazione clinica firmata dal medico referente del caso, in cui sono inserite diagnosi, prognosi, trattamento e la prevista durata del trattamento stesso. E' obbligatoria la compilazione del modulo per il consenso informato da parte dell'assistito o da chi ne ha la tutela.

**B. Verifiche periodiche**

I DSMD effettuano verifiche semestrali sui trattamenti in atto.

Il trattamento intensivo di norma è previsto, con riferimento alla letteratura in materia, della durata massima di 36 mesi.

Le persone in trattamento intensivo da oltre 36 mesi devono essere rivalutate e – salvo eventuali gravi controindicazioni individuate alle luce dei criteri clinici definiti dalla Regione in accordo con il coordinamento degli Enti Gestori che confermino la necessità di proseguire il trattamento intensivo – inserite in idonea struttura con trattamento estensivo e tariffa conseguente.

**C. Continuità assistenziale**

In base alla rivalutazione del progetto individualizzato i servizi procedono, con la struttura ospitante, ad assicurare la continuità assistenziale tra i diversi livelli di assistenza prevedendo percorsi prioritari integrati con i servizi sociali distrettuali che consentano una flessibilità della presa in carico dalla riabilitazione, ai trattamenti sociosanitari di mantenimento e ai trattamenti di lungo-assistenza.

In caso di eventuali riacutizzazioni della patologia la struttura potrà fare riferimento al SPDC del territorio in cui la struttura è ubicata dandone tempestiva comunicazione al servizio inviante.

**II. TRATTAMENTI**

**A. Moduli assistenziali**

1. Di norma, salvo le eccezioni indicate nel presente provvedimento, le strutture devono essere organizzate in moduli di diverso livello di intensità di cura per poter garantire contemporaneamente diverse forme di trattamento e sviluppare percorsi individualizzati più consoni al recupero e al reinserimento sociale della persona. Le strutture già autorizzate al funzionamento alla data di emanazione del presente provvedimento non sono soggette al dimensionamento dei moduli come indicato nelle tabelle di cui al successivo punto VI.
2. Le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare utenti in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.

**B. Tempi assistenziali**

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

2. Nell'ambito della distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. I parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e a ciclo diurno.

### **C. Ricoveri di sollievo**

Le ASL possono prevedere inserimenti per ricoveri di sollievo nel setting assistenziale adeguato al bisogno assistenziale della persona, programmando un congruo numero di posti letto nelle strutture accreditate, che sono tenute ad accogliere tale tipologia di ospiti. Il setting assistenziale adeguato e la durata del ricovero sono valutati dai servizi competenti.

### **D. Nuove tipologie assistenziali**

1. Nelle successive declaratorie dei trattamenti sono individuate nuove funzioni assistenziali o riformulate tipologie già esistenti, allo scopo da un lato di migliorare l'appropriatezza dei trattamenti, dall'altro di rispondere all'evoluzione dei profili di fabbisogno assistenziale, e precisamente:
  - Comunità terapeutica semiresidenziale (comorbidità): supporto abitativo o interventi di sostegno di lungo periodo
  - Comunità di prima accoglienza residenziale e semiresidenziale: ridefinizione dei parametri di personale e dei tempi assistenziali
  - Comunità a indirizzo pedagogico semiresidenziale: definizione dei parametri di personale e dei tempi assistenziali
  - Comunità madre bambino: definizione dei parametri di personale e dei tempi assistenziali
  - Comunità Terapeutica residenziale per alcol dipendenti: definizione dei parametri di personale e dei tempi assistenziali
2. I DSMD in accordo con la struttura accreditata ospitante possono, oltre a quanto già previsto nelle declaratorie dei diversi livelli di assistenza, avvalersi di percorsi di recupero che prevedano una flessibilità della presa in carico. In tale ottica si possono sviluppare percorsi individualizzati più consoni al recupero e al reinserimento sociale della persona.

### **E. Debito informativo**

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.

## **III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI**

Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:

- 1 programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
- 2.assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture;

#### **IV. TARIFFE SANITARIE E PRESIDI**

1. Sono confermati gli indirizzi in atto per la fornitura dei farmaci a carico delle ASL alle strutture (art. 8 Legge 405 del 16 novembre 2001) attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il coinvolgimento degli Enti Gestori. La Regione emana le direttive relative alle tipologie di farmaci e le ASL provvedono alle direttive aziendali relative ai percorsi per le forniture.

I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.) sono a carico delle ASL; lo stesso dicasi per le forniture protesiche comprese nell'Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario.

I prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti saranno a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

2. Per i ricoveri di sollievo è prevista la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente. Qualora l'ospite non venga dimesso al termine del periodo di sollievo lo stesso è tenuto al pagamento della retta intera.

3. Nelle strutture per persone in condizioni di dipendenza e AIDS nel caso di assenze si riconosce il 75% della tariffa; dopo 30 giorni continuativi di assenza il paziente è considerato dimesso dalla struttura. Nel caso di ricoveri ospedalieri la struttura è tenuta a conservare il posto per un periodo non superiore a 15 giorni.

4. Per le persone con patologia psichiatrica o in condizioni di dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari in alternativa alla detenzione o sottoposte a misure di sicurezza e inserite in Comunità terapeutica o RSA, il DSMD concorda con la struttura ospitante, in base al trattamento personalizzato, un incremento della tariffa relativa alla tipologia d'offerta non superiore al 20%.

5. Nei trattamenti residenziali per persone in condizioni di dipendenza, nel caso di genitore con figli al seguito per i quali sono da prevedersi appositi spazi dedicati, è applicabile un'integrazione tariffaria nella misura di 15,00 euro/die per prestazioni di supporto al ruolo genitoriale. L'integrazione non è applicabile nella Comunità madre bambino.

6. Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale nonché i motivi di rescissione del contratto. Nelle more della definizione dei costi standard, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%;

7. Le ASL, anche avvalendosi dello strumento contrattuale, concordano con gli Enti Gestori modalità di rimodulazione dell'offerta assistenziale ai fini di rispondere in modo tendenzialmente completo ai fabbisogni del territorio, limitando il ricorso agli inserimenti in strutture extraregionali all'ipotesi di non reperibilità di servizi e prestazioni sul territorio regionale.

#### **V. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

1. Nell'Alloggio protetto per persone sieropositive o affette da AIDS in fase stabilizzata è prevista la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente nella misura del 30% della tariffa complessiva

2. La quota di compartecipazione a carico dell'utente per i trattamenti indicati nel presente provvedimento, fatte salve le specificazioni previste per ricoveri di sollievo e assenze, deve essere determinata in relazione alle giornate di effettiva presenza e deve essere corrisposta all'ente gestore.

3. In ogni tipologia di trattamento, la famiglia o chi ne fa le veci sottoscrive con la struttura ospitante un'impegnativa in merito ai costi a carico dell'utente.

4. Tutte le strutture devono rendere pubbliche le tariffe applicate, nella carta dei servizi o in altro materiale informativo che illustra la struttura ed i servizi prestati, a norma della L. 241/1990. Le informazioni sulle tariffe dovranno chiaramente indicare la quota sanitaria distinta dalla quota alberghiera.

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

5. In sede di valutazione del reddito dell'assistito da parte del Comune per accertare i costi a suo carico, va comunque garantita all'interessato una quota idonea a fronteggiare le primarie necessità della vita (di norma 150 euro mensili, fatti salvi eventuali scostamenti determinati da specifici obiettivi/esigenze nell'ambito del PIA).
6. La compartecipazione alla spesa individuata dal presente provvedimento non è applicabile per le strutture extra-regionali, dove valgono le normative emanate dalle Regioni in cui sono ubicate tali strutture
7. L'inserimento in strutture che prevedono la compartecipazione al costo del servizio (alloggio protetto per pazienti affetti da AIDS) deve essere concordato con il Comune/DSS di competenza laddove sia richiesto il concorso alla spesa da parte del Comune stesso.

## VI. TABELLE DEI TRATTAMENTI E PARAMETRI ASSISTENZIALI

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti a favore delle persone in condizioni di dipendenza e sieropositive/affette da AIDS previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

DIPENDENZE		livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI	
<p><i>Le figure professionali nell'area delle Dipendenze sono individuate come disciplinato dal DPR 309/1990 e ss.mm.ii. e dagli Atti d'Intesa Stato-Regioni 1993 e 1999.</i></p> <p><i>L'educatore è da intendersi anche come proveniente da Scienze della Formazione</i></p>			
<b>Funzione svolta in Comunità terapeutica residenziale (comorbilità)</b>			Modulo 20 posti
<b>Utenti</b>	<p>Persone giovani o adulte in condizioni di dipendenza associata ad altri disturbi psichiatrici.</p> <p>Minori da 14 a 18 anni da inserirsi in aree appositamente individuate (Intesa Stato-Regioni 5.8.1999), previa definizione del progetto assistenziale personalizzato, concordato tra servizio inviante e struttura ricevente.</p>		
<b>Prestazioni</b>	<p>Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, educative e socio riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento dei disturbi psichiatrici associati a dipendenze, con flessibilizzazione delle prestazioni di recupero psico-sociale rispetto agli interventi clinico-infermieristici.</p> <p>Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 24 mesi rinnovabile fino 36 mesi, con possibile ridefinizione di ulteriori percorsi concordati con il DSMD.</p>		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
medico psichiatra	11' – (77')		
Psicologo	20' – (140')		
tecnico della riabilitazione, educatore, assistente sociale o altre figure equipollenti	60' – (420')		
Infermiere	25' – (175')		
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	65' – (455')		
Totale	181' – (1267')	È da assicurarsi la presenza notturna di almeno un operatore	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>133,05 euro</b>		
<b>Funzione svolta in Comunità terapeutica semiresidenziale (comorbilità)</b>			Modulo 20 posti

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

**Utenti** Persone giovani o adulte in condizioni di dipendenza associata ad altri disturbi psichiatrici. Minori da 14 a 18 anni da inserirsi in aree appositamente individuate (Intesa Stato-Regioni 5.8.1999), previa definizione del progetto assistenziale personalizzato, concordato tra servizio inviante e struttura ricevente.

**Prestazioni** Prestazioni diurne per almeno 5 giorni la settimana, a carattere diagnostico, terapeutico, educativo e socio riabilitativo nell'ambito di programmi di recupero e contenimento dei disturbi psichiatrici associati a dipendenze, con flessibilizzazione delle prestazioni di recupero psico-sociale rispetto agli interventi clinico-infermieristici.  
Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 24 mesi rinnovabile fino a 36 mesi, con possibile ridefinizione di ulteriori percorsi concordati con il DSMD.  
Le prestazioni possono trasformarsi in supporto abitativo o interventi di sostegno di lungo periodo.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
medico psichiatra	8' - (40')	
psicologo	8' - (40')	
tecnico della riabilitazione, educatore, assistente sociale o altre figure equipollenti	49' - (245')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	56' - (280')	
<b>Totale</b>	<b>121' - (605')</b>	Nel caso di supporto abitativo/interventi di sostegno di lungo periodo, i tempi assistenziali sono ridotti del 20%.

**Tariffa sanitaria** **72,86 euro** Nel caso di supporto abitativo/interventi di sostegno di lungo periodo, la tariffa è ridotta del 20%.

**Funzione svolta in Comunità di prima accoglienza residenziale** Modulo 20 posti

**Utenti** Persone con dipendenza in fase attiva e che necessitano di percorsi terapeutici personalizzati. Minori da 14 a 18 anni da inserirsi in aree appositamente individuate (Intesa Stato-Regioni 5.8.1999), previa definizione del progetto assistenziale personalizzato, concordato tra servizio inviante e struttura ricevente.

**Prestazioni** Prestazioni di accoglienza residenziale non selezionata, di durata non superiore a 90 giorni, prorogabili fino a un massimo di ulteriori 30 giorni, inquadramento clinico e impostazione del programma terapeutico, tutela e ripristino delle condizioni di salute indispensabili, impostazione o assestamento dei trattamenti farmacologici

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
medico psichiatra	8' - (56')	
psicologo	15' - (105')	
tecnico della riabilitazione, educatore, infermiere, assistente sociale o altre figure equipollenti	54' - (378')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	48' - (336')	
<b>Totale</b>	<b>125' - (875')</b>	È da assicurarsi la presenza notturna di almeno un operatore

**Tariffa sanitaria** **85,00 euro**

**Funzione svolta in Comunità di prima accoglienza semiresidenziale**

Modulo 20 posti

**Utenti** Persone con dipendenza in fase attiva e che necessitano di percorsi terapeutici personalizzati.  
Minori da 14 a 18 anni da inserirsi in aree appositamente individuate (Intesa Stato-Regioni 5.8.1999), previa definizione del progetto assistenziale personalizzato, concordato tra servizio inviante e struttura ricevente.

**Prestazioni** Prestazioni di accoglienza residenziale non selezionata, di durata non superiore a 90 giorni, prorogabili fino a un massimo di ulteriori 30 giorni, inquadramento clinico e impostazione del programma terapeutico, tutela e ripristino delle condizioni di salute indispensabili, impostazione o assestamento dei trattamenti farmacologici

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
medico psichiatra	5' - (25')
Psicologo	10' - (50')
educatore, infermiere, assistente sociale o altre figure equipollenti	40' - (200')
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	35' - (175')
Totale	90' - (450')

**Tariffa sanitaria** 52,06 euro

**Funzione svolta in Comunità terapeutica residenziale per alcol dipendenti**

Modulo 20 posti

**Utenti** Persone che si trovano in condizione di dipendenza da alcol.

**Prestazioni** Prestazioni di carattere medico, psicologico e psicopedagogico per il recupero e il reinserimento sociale da situazioni di alcoldipendenza.  
Percorso sulla base di un programma terapeutico della durata massima di sei mesi

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Medico (psichiatra/alcolologo/internista)	8' - (56')	
Psicologo	15' - (105')	
Educatore, infermiere, o altre figure equipollenti	52' - (364')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	50' - (350')	
Totale	125' - (875)	È da assicurarsi la presenza notturna di almeno un operatore

**Tariffa sanitaria** 85,00 euro

**Funzione svolta in Comunità terapeutica riabilitativa residenziale**

Modulo 30 posti

**Utenti** Persone che si trovano in condizioni di dipendenza.  
Minori da 14 a 18 anni da inserirsi in aree appositamente individuate (Intesa Stato-Regioni 5.8.1999), previa definizione del progetto assistenziale personalizzato, concordato tra servizio inviante e struttura ricevente

**Prestazioni** Prestazioni terapeutiche di carattere, psicologico e psico-pedagogico per il recupero e il reinserimento sociale da situazioni di dipendenza.  
  
Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 12 mesi, rinnovabile per non più di 4 semestri

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Psicologo	8' - (56')	
educatore, infermiere o altre figure equipollenti	25' - (175')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	40' - (280')	
<b>Totale</b>	<b>73' - (511')</b>	È da assicurarsi la presenza notturna di almeno un operatore

**Tariffa sanitaria** **61,04 euro**

**Funzione svolta in Comunità terapeutica riabilitativa semiresidenziale** Modulo 30 posti

**Utenti** Persone che si trovano in condizioni di dipendenza.  
Minori da 14 a 18 anni da inserirsi in aree appositamente individuate (Intesa Stato-Regioni 5.8.1999), previa definizione del progetto assistenziale personalizzato, concordato tra servizio inviante e struttura ricevente.

**Prestazioni** Prestazioni terapeutiche di carattere, psicologico e psico-pedagogico per il recupero e il reinserimento sociale da situazioni di dipendenza.  
  
Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 12 mesi, rinnovabile per non più di 4 semestri.  
Le prestazioni possono trasformarsi in supporto abitativo o interventi di sostegno di lungo periodo

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Psicologo	8' - (40')	
educatore, infermiere, o altre figure equipollenti	19' - (95')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	34' - (170')	
<b>Totale</b>	<b>61' - (305')</b>	

**Tariffa sanitaria** **45,72 euro**  
**36,00 euro per supporto abitativo**

**Funzione svolta in Comunità madre bambino** Modulo 20 posti

<b>Utenti</b>	Persone in condizioni di dipendenza con figli al seguito o donne in gravidanza.
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni terapeutiche di carattere psicologico e psico-pedagogico per il recupero e il reinserimento sociale da situazioni di dipendenza, integrate da prestazioni di supporto al ruolo genitoriale, per le quali sono da prevedersi appositi spazi dedicati. Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 24 mesi, rinnovabile per non più di 2 semestri.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
psicologo	8' – (56')	
educatore / infermiere assistente sociale, laureati in scienze dell'educazione, pedagogia o altre figure equipollenti	30' – (210')	
OSS, OTA, OSA animatore operatore di base o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	46' – (322')	
<b>Totale</b>	<b>84' – (588')</b>	È da assicurarsi la presenza notturna di un operatore.

**Tariffa sanitaria 73,18 euro**

**Funzione svolta in Comunità a indirizzo pedagogico residenziale** Modulo 30 posti

<b>Utenti</b>	Persone che necessitano di orientamento e supporto pedagogico riabilitativo.
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni residenziali nell'ambito di programmi pedagogico-riabilitativi di durata non superiore a 36 mesi.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Psicologo	8' – (56')	
educatore, infermiere, o altre figure equipollenti	9' – (63')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	24' – (168')	
<b>Totale</b>	<b>41' – (287')</b>	È da assicurarsi la presenza notturna di un operatore.

**Tariffa sanitaria 35,16 euro**

**Funzione svolta in Comunità a indirizzo pedagogico semiresidenziale** Modulo 30 posti

<b>Utenti</b>	Persone che necessitano di orientamento e supporto pedagogico riabilitativo.
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni diurne, per almeno 5 giorni la settimana, nell'ambito di programmi pedagogico-riabilitativi di durata non superiore a 36 mesi, rinnovabili in presenza di progetti di long term caring concordati con il Sert.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
psicologo	6' – (30')	
educatore, infermiere, o altre figure equipollenti	8' – (40')	
OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure	19' – (95')	

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

SCHEMA N. .... NP/22563 DEL PROT. ANNO 2011	<b>REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale</b> Dipartimento Salute e Servizi Sociali Politiche Sociali Integrate - Servizio
--	--

qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	Totale	33' – (165')
<b>Tariffa sanitaria</b>		<b>27,98 euro</b>

<b>Trattamenti ambulatoriali e domiciliari e visite specialistiche</b>	
Trattamento ambulatoriale/extramurale medico o psicoterapeutico individuale o di gruppo (45 minuti)	<b>39,70 euro</b>
Trattamento ambulatoriale/extramurale con educatore, individuale o di gruppo, anche su unità mobili (45 minuti)	<b>29,78 euro</b>
Visite specialistiche	<b>19,75 euro</b>

I trattamenti individuati possono essere erogati solo da strutture residenziali o semiresidenziali e sono finalizzati ai progetti comunitari. I trattamenti ambulatoriali sono effettuati in collaborazione con i DSMD e i SERT.

## AIDS

AIDS		livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI	
<b>Funzione svolta in Comunità alloggio per malati di AIDS e sindromi correlate</b>		Modulo 15 posti	
<b>Utenti</b>	Persone affette da AIDS in fase conclamata non acuta, bisognose di assistenza sanitaria non ospedaliera.		
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni residenziali di carattere sanitario (cura e riabilitazione) e alberghiero per persone non trattabili a domicilio (D.G.R. n. 876/2003).		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
medico	10' – (70')		
psicologo	12' – (84')		
infermiere	60' - (420')	E' da assicurarsi la presenza o la reperibilità notturna	
Educatore, OSS, OTA, OSA, operatore di base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	60' - (420')		
Totale	142' – (994')		
<b>Tariffa sanitaria</b>		<b>124,71 euro</b>	
AIDS		livello: TRATTAMENTI SOCIO SANITARI DI MANTENIMENTO	
<b>Funzione svolta in Alloggio protetto</b>			
<b>Utenti</b>	Persone sieropositive o affette da AIDS in fase stabilizzata, con minori bisogni di assistenza sanitaria rispetto alle persone inserite in Comunità alloggio.		
<b>Prestazioni</b>	Ospitalità protetta a carattere comunitario.		
<b>Personale</b>	Per i trattamenti in Alloggio Protetto non si prevedono parametri assistenziali dettagliati, ma va assicurata l'assistenza alberghiera e l'assistenza sanitaria di base.		

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)

SCHEMA N. .... NP/22563  
DEL PROT. ANNO 2011

**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale**

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Politiche Sociali Integrate - Servizio

<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>47,02 euro</b>
<b>Compartecipazione</b>	<b>20,15 euro</b>

---

FINE TESTO

Data - IL DIRIGENTE

Data - IL SEGRETARIO

(Daniela Mortello)