

Allegato 2

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA PER ANZIANI

VALORIZZAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE INTEGRATO

PROGRESSIONE ATTUATIVA E FASE TRANSITORIA

1) PRINCIPI GENERALI

Il modello delineato nell'Allegato 1 individua i principi generali ed i livelli essenziali di assistenza residenziale che il sistema socio-sanitario integrato garantisce a favore delle persone anziane non autosufficienti non assistibili a domicilio, attraverso le strutture facenti parte della rete pubblica e accreditata (allo stato attuale, in via provvisoria o convenzionata).

Tale modello è parte sostanziale di un percorso globale delineato dalla programmazione regionale per garantire risposte ottimali ed appropriate ai diversificati bisogni di salute ed assistenziali delle persone anziane non autosufficienti.

Detto percorso comprende, oltre ai servizi di cui al presente modello, la rete delle risposte erogate a livello domiciliare, anche tramite interventi in fase di lungoassistenza di cui alla D.G.R. n.51-11389 del 23.12.2003, Allegato A, nonché la rete delle risposte erogate a livello ospedaliero (post acuzie e lungodegenza) ed attraverso il coordinamento fra livello ospedaliero e livello territoriale (percorso di continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n.72-14420 del 20.12.2004).

Il presente modello assistenziale è articolato per fasce d'intensità e relativi livelli di complessità degli interventi erogati, a ciascuno dei quali corrispondono determinati parametri prestazionali sanitari e socio-sanitari tali da garantire risposte flessibili, calibrate sui diversificati bisogni della non autosufficienza e delle cronicità.

In particolare, il livello base rappresenta una soglia "d'ingresso" nel percorso residenziale, con parametri prestazionali minimi ed essenziali tali da garantire risposte articolate per fasce d'intensità, comuni alla generalità dei bisogni socio-sanitari caratterizzanti la fase di lungoassistenza dell'anziano.

Il livello incrementato rappresenta invece una risposta flessibile riferita ad una determinata fase del percorso di lungoassistenza: ha pertanto carattere temporale e viene specificamente calibrato in relazione all'evolvere del bisogno dell'anziano.

Tale livello è caratterizzato da parametri prestazionali variabili, con tempi di assistenza socio-sanitaria che vanno da un minimo ad un massimo, da calibrare complessivamente in relazione al bisogno della persona nell'ambito del progetto individuale.

In base a tali principi, la valorizzazione economica complessiva del modello assistenziale è così articolata (Tabella B):

1. tre valori tariffari connessi al livello base, riferiti rispettivamente alle fasce bassa, media e alta;
2. due valori tariffari connessi al livello incrementato, riferiti rispettivamente alla fasce media e alta.

Tali valori rappresentano tariffe giornaliere complessive, nelle quali sono ricomprese tutte le prestazioni indicate nell'Allegato 1 e Tabella A, inclusa la relativa organizzazione gestionale e gli eventuali oneri fiscali.

La tariffe di cui al suddetto punto 1) rappresentano la quantificazione economica del modello finalizzato a garantire il livello essenziale di assistenza residenziale per tutti i cittadini assistiti dal servizio pubblico o in regime di accreditamento con il servizio pubblico (allo stato attuale, provvisorio accreditamento o convenzione).

Come tali rappresentano valori di riferimento per l'ingresso, a regime, attraverso le tre fasce, nel sistema residenziale nell'ambito del livello base.

Le tariffe di cui al punto 2) rappresentano invece la quantificazione economica di interventi calibrati sui parametri prestazionali massimi di cui alla Tabella A e, come tali, costituiscono valori di riferimento per la remunerazione giornaliera degli interventi residenziali erogati a favore di tutti i cittadini assistiti dal servizio pubblico o in regime di accreditamento.

Le A.S.L. non possono accreditare (o convenzionarsi), a regime, con tariffe inferiori a quelle definite nella Tabella C per il livello base.

2) FATTORI DI COSTO COMPONENTI LA TARIFFA RESIDENZIALE in regime definitivo.

I fattori di costo che concorrono a comporre la tariffa giornaliera residenziale sono correlati alle prestazioni e attività descritte nel modello gestionale di cui all'Allegato 1 e sono elencati nella Tabella D.

Il costo del personale è valorizzato sulla base di una media fra i minimi contrattuali giornalieri previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro applicati nelle strutture residenziali piemontesi (Uneba, Anaste, Cooperative Sociali, Enti Locali e altri), siglati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e relativi accordi integrativi nazionali, regionali e territoriali.

I costi di tipo alberghiero sono quantificati nella tariffa secondo i valori indicativi evidenziati nell'Allegato 1.

I costi di tipo gestionale, organizzativo e strutturale sono quantificati attraverso un rapporto fra i valori indicati dalla D.G.R. n. 41-42433/1995 e la media dei costi effettivi sostenuti dalle diverse tipologie di strutture residenziali.

I valori tariffari indicati nelle Tabelle B e C sono soggetti a rivalutazione in base agli incrementi contrattuali e/o aggiornamenti annuali ISTAT e saranno rideterminati dal Tavolo congiunto Regione-Territorio, previo confronto con le OO.SS.di categoria per gli aspetti contrattuali. Tali valori costituiscono il riferimento anche per le esternalizzazione totale o parziale di servizi.

La Tabella D evidenzia l'incidenza della compartecipazione del S.S.R. sulla tariffa complessiva e sui singoli fattori di costo afferenti a ciascuna fascia/livello prestazionale.

La quota a carico del S.S.R. comprende:

- la totalità dei costi sanitari;
- il 50% dei costi socio-sanitari;
- il 50% dei costi organizzativo gestionali;
- una quota di compartecipazione sui costi alberghieri, graduata in relazione all'intensità assistenziale ed al rilievo sanitario connesso a ciascuna fascia/livello.

Limitatamente alla fascia ad alta intensità assistenziale, considerato il maggior rilievo sanitario caratterizzante la generalità degli interventi residenziali, l'incidenza della quota a carico del S.S.R. sul costo delle attività di assistenza tutelare socio-sanitaria è così articolata:

- 57% per la fascia ad alta intensità – livello base;
- 63% per la fascia ad alta intensità – livello incrementato.

L'incidenza della quota a carico del S.S.R. sulla tariffa complessiva è pertanto, a regime, quantificata come segue:

- 50% della tariffa sulle fasce media e bassa;
- 54% della tariffa sulla fascia alta – livello base;
- 57,7% della tariffa sulla fascia alta- livello incrementato.

3) CRITERI DI COMPARTECIPAZIONE SULLA RETTA RESIDENZIALE.

La Tabella C evidenzia, per ciascuna fascia tariffaria, la quota a carico del S.S.R. e la corrispondente retta giornaliera socio-assistenziale, sulla base dei criteri di ripartizione degli oneri di cui alla sopra citata Tabella D.

La retta giornaliera di tipo socio-assistenziale è pari al 50% della tariffa complessiva per le fasce d'intensità bassa e media (livello base e incremento); per far fronte alle maggiori esigenze assistenziali connesse con il deterioramento dello stato di salute, l'incremento prestazionale nella fascia alta determina una maggior incidenza della quota a carico del S.S.R., secondo i criteri di cui alla Tabella D.

In caso di insufficienza del reddito e/o del patrimonio (secondo i criteri approvati da ciascun Comune o Ente gestore socio-assistenziale nel rispetto della normativa nazionale), l'integrazione della retta giornaliera a carico dell'Utente, compete all'Ente gestore delle attività socio-assistenziali di residenza dell'Utente.

Dalla somma di tali fattori reddituali viene detratta la somma mensile non inferiore ad € 100 (euro cento), che deve essere lasciata a disposizione dell'Utente per spese personali. Tale cifra è rivalutabile dalla Regione, previa concertazione nell'ambito del Tavolo congiunto Regione-Territorio in sede di monitoraggio annuale.

Deve essere altresì garantito il sostegno alle famiglie monoreddito qualora, a seguito dell'ingresso di uno dei componenti in struttura residenziale, insorgano difficoltà economiche tali da non consentire al coniuge o al familiare convivente privo di redditi di vivere autonomamente. Tale sostegno, tenendo conto delle disposizioni di cui agli artt.143,147,433 del codice civile, viene garantito dagli Enti gestori delle attività socio-assistenziali, con il concorso delle risorse regionali di cui al Fondo regionale per le politiche sociali.

La Regione concorre a supportare il processo di realizzazione del nuovo modello assistenziale per la residenzialità socio-sanitaria destinata alle persone anziane, in applicazione dei L.E.A., integrando le risorse destinate agli Enti gestori delle attività socio-assistenziali attraverso il "Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali".

Tale Fondo è finalizzato esclusivamente a concorrere alla copertura della tariffa giornaliera a carico di cittadini la cui situazione reddituale sia tale da non potersi totalmente far fronte.

La ripartizione delle risorse del Fondo regionale avviene, a consuntivo, sulla base degli utenti per i quali l'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali interviene integrando la retta residenziale, con riferimento al costo sostenuto ed all'incremento di spesa rispetto alle tariffe in essere al 31.12.2003, dovuto all'entrata in vigore di nuove disposizioni normative nazionali e/o regionali.

La Regione provvede ad erogare un anticipo, entro il trimestre successivo all'entrata in vigore del presente atto, pari al 50% della previsione d'incremento di spesa relativa ai casi in carico, sulla

base di autocertificazione prodotta da ciascun Ente gestore socio-assistenziale. Gli Enti medesimi provvederanno a rendicontare la spesa effettivamente sostenuta.

Sarà oggetto di concertazione nell'ambito del Tavolo congiunto Regione-Territorio, la rilevazione del fabbisogno di risorse relative all'applicazione del modello assistenziale terminata la fase transitoria di cui al successivo punto 4.

4) GRADUALITA' ATTUATIVA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO.

La realizzazione in forma omogenea del modello organizzativo delineato nell'Allegato 1 su tutto il territorio regionale rappresenta l'obiettivo verso cui deve tendere la programmazione delle attività residenziali socio-sanitarie destinate alle persone anziane, garantendo la coerenza fra la programmazione definita nei Piani di Zona con la programmazione sanitaria territoriale-distrettuale.

La ridefinizione della risposta residenziale in funzione del progetto individuale correlato ai bisogni generali e specifici delle persone anziane, richiede un'evoluzione culturale oltre che organizzativa e gestionale in tale direzione che indubbiamente deve essere "accompagnata" e monitorata sia localmente, a livello territoriale, che centralmente, a livello regionale.

Pertanto, la progressione attuativa nel nuovo modello assistenziale integrato sull'intero territorio regionale procede collateralmente al processo di definizione, da parte della Regione:

- dei criteri di accreditamento delle strutture residenziali socio-sanitarie, che devono essere coerenti con il modello di cui all'Allegato 1;
- dei criteri di compartecipazione dei cittadini alla spesa per i servizi e per le prestazioni non sanitarie, secondo quanto previsto dalla L.R. 1/2004 e dalla normativa nazionale vigente. Tale definizione deve essere prevista tramite apposito provvedimento regionale da adottarsi entro il 30.9.2005

In via transitoria si procede con riferimento:

- alle modalità di convenzionamento esistenti nel territorio di ciascuna A.S.L., salvo diverse disposizioni a livello regionale;
- a quanto definito dai provvedimenti comunali e/o consortili in merito alla compartecipazione dei cittadini al costo dei servizi sociali ed all'integrazione delle rette residenziali per gli anziani.

Nel periodo transitorio, l'articolazione organizzativa dei presidi residenziali socio-sanitari per l'erogazione d'interventi afferenti a più fasce/livelli d'intensità/complessità deve, in ogni caso, garantire all'utenza la continuità assistenziale.

Il periodo transitorio prevede una fase sperimentale, necessaria a ciascuna struttura per programmare la propria attività ed impostare le basi del modello assistenziale.

Pertanto **l'anno di transizione (1.5.2005 – 1.5.2006)** verso l'applicazione del nuovo modello di residenzialità socio-sanitaria per anziani, è finalizzato prioritariamente:

- all'adozione, da parte delle U.V.G., del progetto individuale quale strumento per il governo del percorso dell'utente in residenzialità;
- all'avvio, da parte delle strutture residenziali, della pianificazione attuativa del progetto individuale (P.A.I.) ed all'impostazione degli strumenti per la valutazione interna e per il monitoraggio;

- all'articolazione dell'attuale risposta residenziale socio-sanitaria a gestione pubblica e privata provvisoriamente accreditata fino alle tre fasce d'intensità assistenziale (livello base) di cui all'Allegato 1, tenuto conto delle specificità strutturali ed organizzative di ciascun presidio;
- al monitoraggio locale e regionale della progettazione individuale e dell'articolazione degli interventi nelle tre fasce d'intensità assistenziale;
- all'individuazione dell'effettivo fabbisogno regionale di interventi residenziali in ciascuna fascia/livello prestazionale, con riferimento alle persone valutate dall'U.V.G.

Le attività sanitarie previste nell'Allegato 1 del presente provvedimento sono garantite anche nella fase transitoria.

Nella fase transitoria la tariffa complessiva in essere in ciascun ambito territoriale alla data del **31.12.2003**, compresi gli oneri fiscali, è provvisoriamente rideterminata, sulla base dei criteri di ripartizione degli oneri di cui alla Tabella D del presente documento, come segue:

1. Incremento pari ad **€ 7,00** (euro sette) della tariffa giornaliera complessiva in essere al 31.12.2003:

a) per le tipologie di intervento corrispondenti alla RSA di cui alla D.G.R. n.41-42433/1995.

La tariffa omnicomprensiva risultante da tale incremento non potrà in ogni caso essere superiore ad **€ 86,00** così ripartita: 54% a carico del S.S.R. e 46% a carico dell'Utente/Comune-Regione;

b) per le tipologie di intervento corrispondenti alla RAF di cui alla D.G.R. n.41-42433/1995.

La tariffa omnicomprensiva risultante da tale incremento non potrà in ogni caso essere superiore ad **€ 70,00**, così ripartita: 50% a carico del S.S.R. e 50% a carico dell'Utente/Comune-Regione.

Tale valore d'incremento è omnicomprensivo, ivi compreso il tasso d'inflazione programmata e gli oneri fiscali.

2. La ripartizione della tariffa complessiva, compresa quella riferita ai livelli assistenziali incrementati, fra quota a carico del S.S.R. e quota a carico dell'Utente/Comune avviene sulla base dei criteri di compartecipazione definiti nella Tabella D allegata al presente atto.
3. Nel caso di tariffe giornaliere in essere al 31.12.2003 superiori ai valori tariffari individuati al punto 1. come soglia massima per ciascuna fascia d'intensità assistenziale/tipologia strutturale, la quota a carico dell'Utente/Comune non può in ogni caso superare le percentuali di compartecipazione previste nel precedente cap. 2 e nell'allegata Tabella D.
4. Nei casi di cui al punto 3, viene adottato uno specifico provvedimento regionale per indirizzare in forma equilibrata l'andamento tariffario verso gli standards del presente modello, sia in relazione ai livelli assistenziali effettivamente erogati da parte delle strutture in questione, sia in relazione alla sussistenza del processo organizzativo previsto dall'Allegato 1 per il modello a regime.
5. Nel caso di nuovi rapporti convenzionali, da definirsi tra ASL, Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali e struttura socio-sanitaria interessata, i valori tariffari delle varie tipologie d'intervento sono stabiliti in base ai livelli assistenziali erogati, con riferimento ai tetti tariffari di cui al punto 1.

Norma di salvaguardia.

Nella fase transitoria per il passaggio al nuovo modello di assistenza residenziale, devono essere in ogni caso salvaguardati i livelli assistenziali attualmente in essere ai sensi della vigente normativa regionale, nonché i corrispondenti livelli occupazionali realizzati.

Entro il 30.4.2006, con apposito provvedimento regionale, preso atto dei risultati della fase di transizione, viene definito il piano di intervento per gli anni successivi onde condurre all'attuazione, a regime, del modello assistenziale integrato di cui al presente atto, tenendo conto dei principi e criteri di seguito elencati.

1. Nei presidi in cui il contratto di lavoro prevalente applicato al personale operante, sia dipendente che convenzionato, fa riferimento al salario medio convenzionale, la tariffa giornaliera viene determinata in relazione ai costi del lavoro realmente sostenuti e adeguati rispetto ai valori contrattuali. In questo caso la progressione applicativa del modello assistenziale e della relativa valorizzazione economica è coniugabile, come tempistica, con il percorso di gradualità previsto per il definitivo superamento dei salari medi convenzionali.
2. La progressione del nuovo modello assistenziale verso gli indirizzi ed i valori di cui alle Tabelle A, B e C, deve essere finalizzata all'obiettivo di perseguire l'omogeneità tariffaria sul territorio regionale, a parità di interventi socio-sanitari erogati.
3. Le prestazioni incrementate, previste nelle fasce assistenziali di alta e media intensità, sono progressivamente valorizzate in relazione ai parametri assistenziali previsti in ciascun progetto individuale e con riferimento al costo del lavoro definito dal contratto applicato alla prevalenza del personale operante, nei limite massimo dei valori di cui alla Tabella B.

La determinazione della tariffa giornaliera provvisoria, nel periodo di transizione, avviene attraverso un accordo, di durata annuale, fra l'A.S.L., il legale rappresentante delle singole strutture residenziali convenzionate/accreditate ed il soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali di riferimento, secondo i criteri di ripartizione di cui alla Tabella D, fermi restando gli eventuali provvedimenti regionali di cui al precedente punto 4.

Monitoraggio e verifica

Compete alla Regione il monitoraggio e la verifica **della progressione** del modello organizzativo, in relazione al profilo dei livelli assistenziali garantiti e dei relativi costi sostenuti dalla Regione medesima, dagli Utenti e dai Comuni.

Il monitoraggio regionale è rivolto anche verso l'obiettivo di individuare eventuali correttivi da apportare al presente modello assistenziale, qualora gli stessi si rendessero necessari sulla base delle criticità rilevate.

Nella fase di transizione tale funzione viene svolta mediante l'analisi degli accordi e degli atti di convenzionamento/provvisorio accreditamento definiti sul territorio regionale, nell'ambito dell'apposito Tavolo tecnico designato dalle diverse componenti e parti coinvolte nel Tavolo congiunto Regione-Territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria.

Qualora a livello territoriale l'applicazione dell'accordo venga disattesa, le parti sottoscrittrici si riservano la facoltà di revocarlo.