

Dgr 862/2011, 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

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 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.);
- 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.)

Premesso che successivamente all'approvazione della DGR 969/2008 sono stati adottati provvedimenti che hanno determinato mutamenti significativi nel sistema dei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali, ed in particolare

- con la DGR 1346/2009, allo scopo di ottemperare alle prescrizioni del Comitato permanente per la verifica dei LEA, che aveva registrato un disallineamento rispetto all'attuazione del DPCM 29 novembre 2001 per quanto attiene la determinazione dei costi a carico dell'utente per i trattamenti in strutture extraospedaliere, sono state rideterminate le quote di compartecipazione a carico dell'utente, in particolare per i trattamenti a favore di disabili, per la salute mentale e le persone affette da AIDS;
- con la DGR 1848/2009 sono state definite, in applicazione della DGR 1346/2009, le quote di compartecipazione a carico dell'utente per le strutture sociosanitarie disciplinate dalla normativa regionale vigente e afferenti alle declaratorie dei trattamenti disciplinati dal DPCM sui LEA;
- con la DGR 1503/2009 la decorrenza delle tariffe ex DGR 969/2008, considerato che la prescritta validazione da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze è pervenuta il 30 dicembre 2008, è stata stabilita a partire dal 1° gennaio 2009 ed il tasso di inflazione programmata da applicarsi per l'anno 2009 è stato definito nell'1,5%. Il provvedimento ha altresì stabilito la proroga in via transitoria ed esclusivamente ai fini autorizzativi e di accreditamento dei parametri di personale e dei tempi assistenziali ex DGR 308/2005 ;
- con la DGR 195/2010 è stato approvato l'adeguamento delle tariffe per i trattamenti sociosanitari residenziali e semiresidenziali disciplinati dalla DGR 969/2008 e ss.mm.ii., quantificato come segue:

- strutture per l'assistenza di disabili e pazienti psichiatrici: incremento tariffario del 4% + tasso d'inflazione programmato pari all'1,5% per l'anno 2010, salvo conguaglio nel caso il tasso d'inflazione reale risulti inferiore a quello programmato;
- strutture per l'assistenza di anziani e persone con dipendenze e affette da AIDS: incremento tariffario del 2,5% + tasso d'inflazione programmato pari all'1,5% per l'anno 2010, salvo conguaglio nel caso il tasso d'inflazione reale risulti inferiore a quello programmato;
- con la DGR 970/2010 è stata approvata l'estensione degli adeguamenti sono indicati ai trattamenti ambulatoriali, domiciliari e alle visite specialistiche.

Atteso che a seguito delle modifiche apportate alla DGR 969/2008 successivamente alla sua approvazione dai sopra citati provvedimenti, si è resa necessaria una complessiva rivisitazione del provvedimento, con l'apporto di tavoli tecnici con ANCI Federsanità, Aziende sanitarie locali e gli enti gestori, che ha supportato la definizione degli indirizzi per la riformulazione delle disposizioni inerenti l'assistenza sociosanitaria residenziale e a ciclo diurno, allegati al presente provvedimento quale parte integrante e necessaria, articolati in:

- Indirizzi per i trattamenti a favore delle persone anziane (all. 1)
- Indirizzi per i trattamenti a favore delle persone disabili (all. 2)
- Indirizzi per i trattamenti nell'area della psicopatologia dell'età evolutiva (all. 3)
- Indirizzi per i trattamenti nell'area della salute mentale (all. 4)
- Indirizzi per i trattamenti delle persone in condizioni di dipendenza o sieropositive/affette da AIDS (all. 5)

Ritenuto pertanto di abrogare la DGR 969/2008 procedendo alla riformulazione delle disposizioni inerenti la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria ed i trattamenti ambulatoriali e domiciliari, con particolare riferimento alle procedure organizzative, all'articolazione dei trattamenti assistenziali e agli standard assistenziali, come individuato dagli indirizzi sopra indicati;

Atteso che per quanto riguarda i trattamenti a favore delle persone disabili, anche a seguito dell'introduzione compartecipazione alla spesa a carico dell'assistito in applicazione del DPCM novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza):

- si rende necessaria una ridefinizione delle tipologie assistenziali, sanitarie, sociosanitarie e sociali, e dei relativi parametri di personale e tempi assistenziali al fine di strutturare un sistema di servizi residenziali e a ciclo diurno articolato in rete in risposta ai diversi livelli di bisogno assistenziale in grado di supportare l'appropriatezza dei servizi erogati;
- la conseguente riorganizzazione del sistema delle strutture sociosanitarie per disabili deve garantire la continuità assistenziale, contemperando la prosecuzione delle attività in essere nell'eventuale collocazione più appropriata;
- al fine di garantire pari opportunità di accesso ai servizi ed omogeneità di lettura e di analisi del bisogno assistenziale sul territorio regionale, occorre adottare criteri uniformi di valutazione del bisogno assistenziale;
- occorre potenziare il ruolo della famiglia attraverso il coinvolgimento nella predisposizione dei PIA, del PRI e l'informazione su eventuali variazioni per quanto concerne sia gli aspetti clinici, sia le condizioni economiche del servizio;

Ritenuto pertanto di avviare un percorso finalizzato al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati attraverso un Tavolo tecnico da costituirsi con atto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali composto da rappresentanti di Regione, ASL, ANCI Federsanità, ARS ed enti gestori (Co.R.E.R.H), con il compito di

- rilevare il fabbisogno assistenziale collegato alla disabilità nel territorio regionale;
- ridefinire i trattamenti ed i parametri di personale e tempi assistenziali delle strutture sociosanitarie per persone disabili (ex-art 26 L 833/78 e delle strutture socio-educative DGR 505/2004, Dopo di Noi 104/92 LR 19/94) individuandone i relativi costi, anche attraverso l'applicazione della metodologia di lavoro già condivisa al tavolo tecnico Regione/ASL/Comuni/enti gestori, a partire dall'analisi comparativa delle tipologie assistenziali in essere;

- realizzare un'indagine che permetta di rilevare la situazione dei diversi servizi, allo scopo di riorganizzare il comparto in maniera adeguata;

Dato atto che il Tavolo tecnico dovrà produrre gli elaborati relativi alle tre azioni sopra indicate;

Considerato opportuno, ai fini del presente provvedimento di riordino del sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali, nelle more della conclusione dei lavori del Tavolo tecnico, di confermare i trattamenti ed relativi parametri di personale e tempi assistenziali a favore delle persone disabili come già disciplinati dalla DGR 969/2008 e indicati nell'Allegato 2;

Valutato altresì opportuno predisporre in collaborazione con le Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei gestori "contratti-tipo" per le diverse tipologie di comparti/strutture residenziali e semiresidenziali, al fine garantire maggiore uniformità sul territorio regionale;

Ritenuto di stabilire che le tariffe sanitarie siano aggiornate con il tasso di inflazione. Le tariffe sanitarie si intendono al netto dell'IVA, qualora oggettivamente e/o soggettivamente dovuta secondo le norme vigenti;

Considerato che è in fase di costituzione il "polo delle professioni del sociale" nell'ambito del quale saranno riordinate e messe a sistema i percorsi di istruzione e formazione indirizzati alle figure professionali del settore sociale, per gli operatori con funzioni di educatore e per gli OSS già assunti e operanti al momento dell'approvazione del presente provvedimento, nelle more della conclusione del percorso, si deroga a quanto previsto nelle tabelle relative al personale.

Preso atto dell'impegno della Regione, nell'ambito del "polo delle professioni del sociale" di cui al punto precedente, ad adottare tutte le misure necessarie atte a garantire la continuità dei processi formativi;

Valutato opportuno prevedere un approfondimento e uno sviluppo dei temi relativi alla continuità assistenziale e alla qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali offerti;

Valutato altresì opportuno monitorare l'applicazione dei minutaggi di personale al fine di meglio comprenderne l'efficacia e di valutarne le ricadute in termini di piante organiche e di organizzazione del lavoro in una logica di miglioramento del sistema complessivo;

Valutato infine opportuno precisare che la quota di compartecipazione a carico dell'utente, laddove prevista, 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;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche sociali, Terzo Settore, Cooperazione allo sviluppo, Politiche giovanili e Pari opportunità Lorena Rambaudi e dell'Assessore alla Salute e alle Politiche della sicurezza dei cittadini Claudio Montaldo

D E L I B E R A

per le motivazioni indicate in premessa che si richiamano integralmente,

1. **di abrogare** la deliberazione di Giunta Regionale 1 agosto 2008 n. 969 (Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR n. 308/2005), nonché ogni disposizione in contrasto con le determinazioni del presente provvedimento;
2. **di stabilire**, al fine di garantire l'omogeneità del sistema, che i contenuti della presente deliberazione si applichino anche alle strutture a gestione diretta delle ASL;
3. **di approvare** gli indirizzi per il riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera e dei trattamenti ambulatoriali e domiciliari allegati al presente provvedimento quale parte integrante e necessaria (allegati 1, 2, 3, 4, 5), che individuano gli indirizzi organizzativi, i trattamenti assistenziali previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari e sociosanitari, i rispettivi parametri di personale, tempi assistenziali e tariffe, che sono altresì finalizzati ad accompagnare i processi di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento e a garantire la stabilità del sistema sociosanitario, anche in ordine ai rapporti pubblico/privato.
4. **di dare mandato** al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali di costituire un tavolo tecnico in materia di disabilità, composto da rappresentanti di Regione, ASL, ANCI Federsanità, ARS, enti gestori (Co.R.E.R.H.) e Consulta Regionale Handicap, con il compito indicato in premessa;
5. **di dare mandato** al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali di avviare, con le strutture regionali competenti, la predisposizione, in collaborazione con le Aziende Sanitarie e le

Formattati: Elenchi puntati e numerati

rappresentanze dei gestori, di "contratti-tipo" per le diverse tipologie di comparti/strutture residenziali e semiresidenziali, al fine garantire maggiore uniformità sul territorio regionale;

6. **di stabilire** che le tariffe sanitarie siano aggiornate con il tasso di inflazione. Le tariffe sanitarie si intendono al netto dell'IVA qualora oggettivamente e/o soggettivamente dovuta secondo le norme vigenti.
7. **di derogare** a quanto previsto nelle tabelle relative al personale, per gli operatori con funzioni di educatore e per gli OSS già assunti e operanti al momento dell'approvazione del presente provvedimento, nelle more della conclusione dei percorsi di istruzione e formazione.
8. **di garantire** la continuità dei processi formativi da parte delle strutture regionali competenti
9. **di dare mandato** al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali di avviare, con le strutture regionali competenti e secondo le modalità ritenute più adeguate, un lavoro di approfondimento e sviluppo dei temi relativi alla continuità assistenziale e a alla qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali offerti.
10. **di dare mandato** al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali di avviare, con le strutture regionali competenti e secondo le modalità ritenute più adeguate, l'attività di monitoraggio dell'applicazione dei minutaggi di personale al fine di meglio comprenderne l'efficacia e di valutarne le ricadute in termini di piante organiche e di organizzazione del lavoro in una logica di miglioramento del sistema complessivo
11. **di precisare** che la quota di compartecipazione a carico dell'utente, laddove prevista, 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.

Allegato 1

Indirizzi per i 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).

3. Nelle strutture a ricettività limitata 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 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.
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 qualitativa (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. 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.

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

- 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.** Nella residenzialità permanente (RSA e RP), per i posti accreditati, viene sospesa l'assistenza del medico di medicina generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti viene assolta dal Direttore Sanitario della struttura, al quale è assegnato il ricettario esclusivamente per l'assistenza sanitaria degli ospiti della struttura.

IV. TARIFFE SANITARIE, FORNITURE E PRESIDII

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.
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. 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. COMPARTICIPAZIONE 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 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	
FUNZIONE SVOLTA IN RSA		Modulo 20/25 posti*	
Utenti	<p>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.</p> <p>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.</p>		
Prestazioni	Prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero a termine.		
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
medico	10' – (70')	4' di medico geriatra e 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, laureato in scienze motorie, in affiancamento al fisioterapista).	
Infermiere	42' – (294')	Nel ciclo notturno 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 ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).	
Totale	165' – (1.155')		
Tariffa sanitaria	111,72 euro	Qualora si protragga la permanenza nella struttura riabilitativa dopo la cessazione del progetto terapeutico, e comunque dal 60° al 90° 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.	
FUNZIONE SVOLTA IN RSA – MODULO PER STATO VEGETATIVI E STATI DI MINIMA COSCIENZA			Modulo 5/10 posti*
Utenti	<p>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.</p>		
Prestazioni	<p>Gestione delle comorbidità 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.</p> <p>Il modulo è di norma inserito in una struttura plurimodulare a diversa intensità assistenziale</p>		
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
medico geriatra o specialità equipollente	10' – (70')		
fisioterapista	35' – (245')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, laureato in scienze motorie, in affiancamento al fisioterapista)	
Infermiere	75' – (525')	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.	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	100' – (700')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).	
Totale	220' – (1.540')		
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.		
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
medico	4' – (28')	Qualora il medico sia anche responsabile di struttura deve possedere la specialità geriatrica o specialità affine.	
fisioterapista	6' – (42')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, laureato in scienze motorie, 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 OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	3' – (21') 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.	
Totale	127' – (889')		
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.		
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
medico geriatra o specialità equipollente	6' – (42')		
Neuropsicologo	4' – (28')		
laureato in scienze motorie	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	6' – (42')		
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).	
Totale	160' – (1.120')		
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.	
Personale	<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')	
Totale	127 – (635')	
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.	
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Medico	2' – (14')	
tecnico della riabilitazione	5' - (35')	Con formazione professionale orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es.: fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, laureato in scienze motorie, in affiancamento al fisioterapista)
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')	
Tariffa sanitaria	28,71 euro	
Compartecipazione base	42,00 euro	
FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 1° LIVELLO		Modulo 15/25 posti
Utenti	Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica, senza prevalenti disturbi cognitivi.	
Prestazioni	Prestazioni diurne di carattere infermieristico, tutelare e di aiuto alla persona, attività occupazionali, di animazione e riattivazione motoria.	

Personale	<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')

Tariffa sanitaria **18,59 euro**

Compartecipazione **15,31 euro**

* 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 GIA' AUTORIZZATE AL MOMENTO DELL'ADOZIONE DEL PRESENTE PROVVEDIMENTO

Allegato 2

Indirizzi per i 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. I Centri Diurni e 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 qualitativa (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

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 PRESIDII

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.

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 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:

DISABILI		livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI	
<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>			
FUNZIONE RIABILITATIVA INTENSIVA ED ESTENSIVA SVOLTA IN STRUTTURA DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE			
Utenti	Disabili fisici, psichici e sensoriali in fase post-acuta suscettibili di recupero e riabilitazione.		
Prestazioni	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.		
Personale in struttura residenziale	<i>minuti/die per utente (per struttura)</i>		Struttura 60 posti
medici, psicologi e altre figure che concorrono alla formulazione della diagnosi e del PIA	4' – (240')		
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.	
Personale in struttura semiresidenziale	<i>minuti/die per utente (per struttura)</i>		Struttura 40 posti
medici, psicologi e altre figure che concorrono alla formulazione della diagnosi e del PIA	6' – (240')		
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.	
Tariffa sanitaria			

<i>res. base</i>	118,50 euro
<i>res. differenziata</i>	154,61 euro
<i>res. disabilità complesse</i>	163,50 euro
<i>post comaltraumatizzati cranio encefalici (DGR 876/03)</i>	182,68 euro
<i>semires. base</i>	72,00 euro
<i>semires. differenziata</i>	89,46 euro
<i>semires. disabilità complesse</i>	155,89 euro
Compartecipazione	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")	
Utenti	Disabili fisici, psichici e sensoriali con patologie stabilizzate e disabili privi di sostegno familiare.
Prestazioni	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).
Personale e tempi assistenziali	Il personale di assistenza e riabilitazione (educatori/terapisti) rispetta i parametri previsti dalla DGR 505/2004.
Tariffa sanitaria¹	
<i>Dopo di noi</i>	41,14 euro
<i>Struttura socio-riabilitativa</i>	74,36 euro
Compartecipazione	Nel caso di persona priva di reddito o con reddito limitato è da prevedersi il concorso del Comune.
<i>Dopo di noi</i>	61,71 euro
<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	
Utenti	Disabili fisici, psichici e sensoriali con patologie stabilizzate e disabili privi di sostegno familiare.
Prestazioni	Assistenza diurna o semiresidenziale con prestazioni socio-educative e forme di riabilitazione e di recupero delle abilità sociali.
Personale e tempi assistenziali	Il personale di assistenza e riabilitazione (educatori/terapisti) rispetta i parametri previsti dalla l.r. 19/1994.
Tariffa sanitaria	52,39 euro
Compartecipazione	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.

¹ 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	
Utenti	Persone giovani o adulte con lieve disabilità di carattere fisico, psichico e sensoriale, che non necessitano di riabilitazione ricorrente o continuativa.
Prestazioni	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.
Tariffa	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)	
Tattamento ambulatoriale/extramurale – <i>Individuale</i>	43,61 euro
Tattamento ambulatoriale/extramurale – <i>Piccolo gruppo</i>	15,43 euro
Tattamento domiciliare	56,57 euro
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)	20,04 euro

Allegato 3

Indirizzi per i 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 é 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 qualitativa (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. 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. 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 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

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.
 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:

PSICOPATOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA		livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI	
Funzione svolta in Comunità terapeutica riabilitativa per minori e adolescenti residenziale o semiresidenziale		Modulo 15 posti ²	
Utenti	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il trattamento, qualora il minore sia già inserito in struttura, può essere esteso al massimo al 21esimo anno di età</p>		
Prestazioni	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>I tempi infermieristici e degli OSS possono essere in difetto del 20% se sostituiti con figure di Educatore-Psicologo rimanendo inalterati i minutaggi complessivi</p>		
Personale Comunità residenziale	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
responsabile medico (neuropsichiatra infantile o psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva)	10' – (70')		
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.	
Totale	230' – (1610')		
Personale Comunità semiresidenziale	<i>minuti/die (settimanali)</i>		Modulo 15 posti
responsabile medico (neuropsichiatra infantile o psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva)	6' – (30')		

² 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.

psicologo	16' – (80')
tecnico della riabilitazione psichiatrica / educatore	96' – (480')
infermiere	28' – (140')
OTA, OSA, OSS e altre figure qualificate dell'area socio-educativa- riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	15' – (75')
Totale	161' – (805')
Tariffa sanitaria	
<i>residenziale</i>	179,68 euro
<i>semiresidenziale</i>	96,00 euro

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	
Utenti	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
Prestazioni	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
Trattamento	Costo orario a carico del servizio sanitario
Trattamento medico specialistico	Costi definiti in sede contrattuale ASL/gestori nel rispetto dei contratti di lavoro nazionali
Sostegno psicologico	Costi definiti in sede contrattuale ASL/gestori nel rispetto dei contratti di lavoro nazionali
Sostegno educativo	Costi definiti in sede contrattuale ASL/gestori nel rispetto dei contratti di lavoro nazionali

Allegato 4

Indirizzi per i 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-acuti (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 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.** Nella residenzialità permanente (RSA e RP) viene sospesa l'assistenza del medico di medicina generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti viene assolta dal Direttore Sanitario della struttura, al quale è assegnato il ricettario esclusivamente per l'assistenza sanitaria degli ospiti della struttura.

IV. TARIFFE SANITARIE, FARMACI E PRESIDII

1. Nelle strutture dell'area della salute mentale, in caso di assenza motivata da ricoveri per episodi acuti o da permessi terapeutici concordati con 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%.
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 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. In casi particolari, le ASL possono fare accordi locali con i Distretti Sociosanitari e i soggetti gestori eventualmente interessati, per la definizione di un budget annuale, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali determinati dal presente provvedimento.
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.
▪ psichiatrica RSA	30%
▪ protetta Residenza	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>			
Funzione svolta in Struttura extra ospedaliera post-acuti (S.E.P.A.) (SPERIMENTALE, AUTORIZZATA DALLA REGIONE)			Modulo 20 posti
Utenti	Persone con esordi di malattia o patologie psichiatriche in fase clinica attiva.		
Prestazioni	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.		
Personale		<i>minuti/die</i> (settimanali)	
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')	

OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa- riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	25' - (175')	
Totale	250' - (1.750')	
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 riabilitativo 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.	
Personale	<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')	
Totale	180' - (1260')	
Tariffa sanitaria	135,00 euro	
Funzione svolta in Centro diurno		Modulo 20 posti
<i>Preferibilmente a gestione diretta del DSMD</i>		
Utenti	Persone giovani o adulte con patologie psichiatriche in fase post-acuta.	
Prestazioni	Prestazioni diurne a carattere diagnostico, terapeutico, riabilitativo e ocio 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.	
Personale	<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 / AS	60' - (300')	
Infermiere	48' - (240')	
Totale	120' - (600')	
Tariffa sanitaria	73,93 euro	
SALUTE MENTALE	livello: TRATTAMENTI SOCIOSANITARI 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.	
Personale	<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.
Totale	145' – (1.015')	
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.	
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Medico	2' – (14')	
psicologo, tecnico della riabilitazione, educatore Infermiere,	45' – (315)	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	60' – (420)	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

Allegato 5

Indirizzi per i trattamenti delle persone in condizioni di dipendenza o sieropositive/affette da 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. 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 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

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 (comorbilità): 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. In casi particolari, le ASL possono fare accordi locali con i Distretti Sociosanitari e i soggetti gestori eventualmente interessati, per la definizione di un budget annuale, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali determinati dal presente provvedimento.
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.
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 disciplinate 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>			
Funzione svolta in Comunità terapeutica residenziale (comorbilità)			Modulo 20 posti
Utenti	<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>		
Prestazioni	<p>Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, educative 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.</p> <p>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.</p>		
Personale	<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	
Tariffa sanitaria	133,05 euro		
Funzione svolta in Comunità terapeutica semiresidenziale (comorbilità)			Modulo 20 posti
Utenti	<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>		
Prestazioni	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le prestazioni possono trasformarsi in supporto abitativo o interventi di sostegno di lungo periodo.</p>		
Personale	<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')	
Totale	121' - (605')	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	
Personale	<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')	
Totale	125' - (875')	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	
Personale	<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	35' - (175')	

assistenziali previste dai contratti			
	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		
Personale	<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		
Personale	<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')		
Totale	73' - (511')	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	<p>Persone che si trovano in condizioni di dipendenza.</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>	
Prestazioni	<p>Prestazioni terapeutiche di carattere, psicologico e psico-pedagogico per il recupero e il reinserimento sociale da situazioni di dipendenza.</p> <p>Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 12 mesi, rinnovabile per non più di 4 semestri.</p> <p>Le prestazioni possono trasformarsi in supporto abitativo o interventi di sostegno di lungo periodo</p>	
Personale	<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')	
Totale	61' – (305')	
Tariffa sanitaria	45,72 euro	
	36,00 euro per supporto abitativo	
Funzione svolta in Comunità madre bambino		Modulo 20 posti
Utenti	<p>Persone in condizioni di dipendenza con figli al seguito o donne in gravidanza.</p>	
Prestazioni	<p>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.</p> <p>Ricovero sulla base di un programma terapeutico di 24 mesi, rinnovabile per non più di 2 semestri.</p>	
Personale	<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')	
Totale	84' – (588')	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
Utenti	<p>Persone che necessitano di orientamento e supporto pedagogico riabilitativo.</p>	
Prestazioni	<p>Prestazioni residenziali nell'ambito di programmi pedagogico-riabilitativi di durata non superiore a 36 mesi.</p>	
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Psicologo	8' – (56')	
educatore, infermiere, o altre figure equipollenti	9' – (63')	
OSS, OTA, OSA, operatore di	24' – (168)	

base, animatore o figure equipollenti e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti			
Totale		41' – (287')	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
Utenti	Persone che necessitano di orientamento e supporto pedagogico riabilitativo.		
Prestazioni	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.		
Personale	<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 qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	19' – (95)		
Totale		33' – (165')	
Tariffa sanitaria		27,98 euro	

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

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	
Funzione svolta in Comunità alloggio per malati di AIDS e sindromi correlate		Modulo 15 posti
Utenti	Persone affette da AIDS in fase conclamata non acuta, bisognose di assistenza sanitaria non ospedaliera.	
Prestazioni	Prestazioni residenziali di carattere sanitario (cura e riabilitazione) e alberghiero per persone non trattabili a domicilio (D.G.R. n. 876/2003).	
Personale	<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')
Tariffa sanitaria	124,71 euro
AIDS	livello: TRATTAMENTI SOCIO SANITARI DI MANTENIMENTO
Funzione svolta in Alloggio protetto	
Utenti	Persone sieropositive o affette da AIDS in fase stabilizzata, con minori bisogni di assistenza sanitaria rispetto alle persone inserite in Comunità alloggio.
Prestazioni	Ospitalità protetta a carattere comunitario.
Personale	Per i trattamenti in Alloggio Protetto non si prevedono parametri assistenziali dettagliati, ma va assicurata l'assistenza alberghiera e l'assistenza sanitaria di base.
Tariffa sanitaria	47,02 euro
Compartecipazione	20,15 euro