



seduta del
9/07/2013
delibera
1011

pag.
1

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 187 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/SAS O NC      Oggetto: Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale

Prot. Segr. 1138

Martedì 9 luglio 2013, nella sede della Regione Marche, ad Ancona in Via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA  | Presidente     |
| - ANTONIO CANZIAN    | Vicepresidente |
| - SARA GIANNINI      | Assessore      |
| - PAOLA GIORGI       | Assessore      |
| - MAURA MALASPINA    | Assessore      |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore      |
| - LUIGI VIVENTI      | Assessore      |

Sono assenti:

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| - MARCO LUCHETTI   | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

II \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: *Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale.*

**LA GIUNTA REGIONALE**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità e del dirigente del Servizio Politiche Sociali, che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**DELIBERA**

1. Di definire gli standard assistenziali e i criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale, secondo quanto previsto dall'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale al presente atto.
2. Che la spesa derivante dall'attività relativa al presente atto è ricompresa nei limiti di cui alle DGR 1798/12 e 456/13.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- 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);
- LR. 20/2000 (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private);
- L.R. 20/2002 (Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale);
- D.A. n. 38/2011 (Piano socio-sanitario regionale 2012/2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”);
- DGR 1696/2012 (direttiva vincolante per i direttori generali degli enti del SSR per l’attuazione del D.L. 95/2012 conv in L. 135/2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini);
- Documento sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali approvato il 30/05/2007 dalla Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA;
- Documento “Le strutture residenziali psichiatriche” definito il 25 marzo 2013 dal Gruppo misto GISM/AGENAS, approvato l’8/05/2013 dalla Commissione Salute.

**MOTIVAZIONI**

**Il Piano socio-sanitario 2012-2014**

Il “Piano socio-sanitario regionale 2012-2014 - sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo” dedica una specifica parte ai processi socio-sanitari individuando, tra le varie questioni su cui intervenire per facilitare i legami tra interventi territoriali di competenza comunale e quelli di competenza ASUR: **a)** i percorsi, processi e procedure; **b)** I servizi dell’integrazione socio-sanitaria (Interventi di sostegno e accompagnamento; Interventi e servizi territoriali; Interventi e servizi domiciliari; Interventi e servizi semi residenziali ; Interventi e servizi residenziali; **c)** La promozione di u sistema tariffario complessivo della residenzialità e semi residenzialità sia sanitaria (extra ospedaliera) sia socio-sanitaria, sia sociale; **d)** la promozione di un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari in grado di valorizzare la presenza del terzi settore e della società civile (gestione associata tra soggetti istituzionali) e gestione integrata pubblico/privato; **e)** il completamento e il consolidamento del sistema informativo integrato sociale e sanitario.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il Piano indica successivamente anche le azioni e gli atti necessari per la implementazione e la stabilizzazione dell'integrazione socio-sanitaria da adottare nel corso del triennio di vigenza del Piano nel modo inerenti la predisposizione di un atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria; di un atto di regolamentazione del governo della domanda socio-sanitaria (accesso, valutazione, continuità assistenziale); di un atto di fabbisogno dei servizi sociali e sanitari e omogeneizzazione della normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali e semi residenziali sanitarie e sociali; di un atto per il consolidamento del sistema integrato pubblico/privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali, di un atto per il completamento e il consolidamento del sistema informativo integrato sociale e sanitario; di un atto infine di regolamentazione del sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini.

**I successivi atti di implementazione**

Tali indicazioni programmatiche sono state poi delineate con maggiore dettaglio nella DGR 528/2012 "linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014" poi modificata con successiva DGR 1696 del 3.12.2002 a seguito dell'approvazione da parte del governo del decreto sulla spending review.

Nella parte dedicata alla rete socio-sanitaria la delibera in questione riporta tre obiettivi di cui, il terzo, interviene in particolare sulla "razionalizzazione dell'offerta residenziale e semi residenziale" indicando quali azioni da adottare l'adozione di un modello concettuale unitario per l'analisi e l'evoluzione del sistema di accoglienza residenziale e semi residenziale in coerenza con le dimensioni dell'autorizzazione/accreditamento, del fabbisogno, della tariffazione/compartecipazione, dei flussi informativi e la riqualificazione dell'offerta dei servizi residenziali e semi residenziali definendo il fabbisogno di posti nelle strutture delle aree sanitaria extra ospedaliera, socio-sanitaria e sociale dei settori anziani, disabili, salute mentale, dipendenze patologiche, infanzia e altre fragilità.

**Il lavoro del gruppo integrato socio-sanitario ARS – Servizi Sociali**

A fronte delle indicazioni riportate sugli atti di programmazione si è provveduto ad intervenire sulle indicazioni di piano relativamente al fabbisogno residenziale e semi residenziale delle aree sanitaria extra ospedaliera, socio-sanitaria e sociale e al modello assistenziale integrato per la residenzialità e la semi residenzialità delle aree extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani, disabili, salute mentale.

Relativamente al **fabbisogno assistenziale**, che sarà oggetto di un atto deliberativo specifico, si è proceduto a partire dalla aggregazione per "intensità di assistenza" delle tipologie di strutture di accoglienza residenziale e semiresidenziale sanitaria e sociale autorizzati ai sensi delle l.r. 20/2000 (sanità) e 20/2002 (sociali) e dal riequilibrio territoriale dell'allocazione delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extra ospedaliera, sociosanitaria e sociale, partendo dall'esistente in termini di atti normativi e di distribuzione territoriale dei "posti" in relazione alle molteplici tipologie di strutture autorizzate.

Ugualmente sul versante degli **standard assistenziali, del sistema tariffario e della compartecipazione** si è seguito il principio della flessibilità finalizzato a superare l'attuale visione prevalentemente ancorata alla tipologia di struttura che eroga prevalentemente un unico livello di intensità assistenziale per una singola



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

categoria di destinatari, per approdare ad un sistema gestionale in cui le strutture stesse siano in grado di fornire un'assistenza distribuita su più livelli di intensità e, possibilmente, per più categorie di destinatari.

In particolare la definizione degli standard assistenziali rappresenta l'elemento cruciale per la stratificazione dei livelli di intensità assistenziale nonché per attivare un percorso di maggiore coerenza del sistema tariffario.

Pertanto avvalendosi dei contenuti del Documento finale sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali approvato il 30/05/2007 dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA e del Documento "Le strutture residenziali psichiatriche" definito il 25 marzo 2013 dal Gruppo misto GISM/AGENAS approvato l'8/05/2013 dalla Commissione Salute, nonché attraverso una analisi di benchmarking con le altre regioni, sono stati articolati i livelli di intensità assistenziale per le tre tipologie di utenti (anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale) definendo, nel contempo, i relativi standard assistenziali, come da allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale al presente atto.

Nell'allegato medesimo sono stati indicati inoltre i criteri di rilevazione dei costi gestionali al fine di individuare un percorso omogeneo per la definizione dei valori economici degli Accordi Contrattuali con i soggetti gestori, rilevando nel contempo la necessità da parte dell'ASUR di effettuare entro il primo trimestre 2014 una analisi dell'andamento economico derivante dall'applicazione del presente atto.

**Indicazione finale**

L'allegato 1 è stato discusso ed approvato con le OO.SS. nella riunione del 2 luglio 2013.

Ciò premesso, si propone

**ESITO DELL'ISTRUTTORIA**

1. Di definire gli standard assistenziali e i criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale, secondo quanto previsto dall'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale al presente atto.
2. Che la spesa derivante dall'attività relativa al presente atto è ricompresa nei limiti di cui alle DGR 1798/12 e 456/13.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

PF Assistenza Territoriale  
(Carmine Di Bernardo)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PROPOSTA E PARERE  
DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
SANITA'**

I sottoscritti, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprimono parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

Il Dirigente del Servizio Sanità  
(Pierluigi Gigliucci)

IL Dirigente del Servizio Politiche Sociali  
(Paolo Mannucci)

La presente deliberazione si compone di n. 32 pagine, di cui n. 26 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*ALLEGATO 1*

**Standard assistenziali e criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socioassistenziali nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 1 - GENERALITÀ

### 1.1 Premessa

L'attuale quadro normativo regionale nell'ambito dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali è delineato dalle leggi n. 20/2000 e 20/2002, relative alle strutture sanitarie e sociosanitarie la prima e alle strutture sociali la seconda, ed agli atti ad esse collegati.

Il suddetto assetto normativo non ha previsto per tutte le tipologie di assistenza residenziale e semiresidenziale gli standard di personale assistenziale, di guisa che tale aspetto, per le tipologie non regolamentate, era disposto nei singoli accordi contrattuali, nel caso di strutture private accreditate, e autonomamente dall'Azienda Sanitaria nel caso di strutture a gestione diretta.

Tale situazione si è ovviamente riverberata:

- sul versante tariffario, in quanto la carenza di standard assistenziali, che rappresenta la voce di costo maggiore in tale ambito, ha generato una situazione eterogenea che va ricondotta a criteri univoci di rilevazione dei costi assistenziali.
- sul versante di codificazione delle prestazioni nell'ottica sia del DPCM 14/02/2001 sull'Integrazione socio-sanitaria che del DPCM 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Pertanto il presente documento è finalizzato a fornire in un unico atto di riferimento le indicazioni regolamentari per l'ambito della residenzialità e semiresidenzialità sanitaria e sociosanitaria in termini di standard assistenziali e criteri di rilevazione dei costi gestionali. Inoltre l'utilizzo dei codici di attività del Progetto Mattoni del SSN (Mattone 12) sarà adoperato sia come classificazione del livello prestazionale che come elemento di individuazione dei *nuclei erogativi*, inteso come area distributiva delle degenze all'interno della struttura, autonoma per dotazioni e servizi, dimensionata in 20 posti letto, e comunque nel rispetto dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento.

### 1.2 Standard Assistenziali

Gli standard assistenziali individuati nelle specifiche tabelle si basano sui principi e sulle indicazioni contenute nel Documento finale della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali di maggio 2007, che stabilisce sostanzialmente tre livelli di intensità assistenziale per gli ambiti di utenza individuati (anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale) definendo, nel contempo, i relativi standard assistenziali qualificanti.

I tre livelli di intensità assistenziale sono definiti come:

- Livello intensivo;
- Livello estensivo;
- Livello di lungoassistenza/mantenimento/socio-riabilitativo.

Questi livelli assistenziali dell'area sanitaria e socio-sanitaria (declinati per le tre tipologie di destinatari indicate) trovano corrispondenza nel riordino complessivo nella "rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria" prevista dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014.

La DGR 528/12 indica che il risultato atteso della riqualificazione dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali debba essere perseguito "in una logica di riequilibrio territoriale e di aggregazione per intensità di intervento delle tipologie previste dall'ordinamento regionale vigente", "definendo il fabbisogno di posti nelle strutture:

- delle aree sanitaria extraospedaliera, socio sanitaria e sociale,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- dei settori Anziani (anche non autosufficienti), Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Disabilità, Infanzia e Adolescenza, Altre fragilità.”

In questa logica, con la prospettiva di un riordino unitario delle due leggi regionali di autorizzazione e accreditamento sanitario (20/00) e sociale (20/02), è prevista la “riaggregazione” delle tipologie di strutture previste dalla normativa attuale in base alle tre aree (Sanitaria extraospedaliera, Sociosanitaria, Sociale ) e, soprattutto, ai sei livelli di intensità assistenziale (Intensivo, Estensivo, Lungoassistenza/ Mantenimento, Protezione, Tutela, Accoglienza) che definiscono il continuum del ventaglio di servizi in grado di garantire l'appropriatezza ai diversi bisogni dei cittadini.

In questo documento vengono definiti gli standard dei diversi livelli assistenziali relativi alle strutture sanitarie e socio-sanitarie destinate a: anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale. Tali livelli sono erogati da unità organizzative/erogatrici, di norma dimensionati in 20 posti.

Gli standard assistenziali sono declinati nelle specifiche tabelle contenute nei capitoli dedicati alle singole tipologie di utenza:

- in termini di minuti di assistenza prodie e procapite per figura professionale per i livelli che in precedenza non erano stati oggetto di precisa definizione di standard assistenziali regionali;
- richiamando gli atti regionali precedenti negli altri casi.

### 1.3 Criteri di rilevazione dei costi gestionali - Generalità

Come evidenziato in precedenza l'attuale assetto del sistema regionale evidenzia una situazione dicotomica, e cioè:

- a) In alcuni ambiti, per i quali erano stati individuati gli standard assistenziali, è stata definita una tariffa regionale: o a seguito di un processo di negoziazione con le categorie degli enti gestori maggiormente rappresentative (vedi le tariffe per la disabilità a seguito degli accordi regionali stipulati con l'ARIS), oppure con le OOSS (vedi tariffe relative all'assistenza nelle Residenze Protette).
- b) Per altri ambiti (specialmente nel settore salute mentale, ma anche parzialmente per la disabilità e per gli anziani) la tariffa è sostanzialmente definita in sede di singolo accordo contrattuale tra ASUR e soggetto gestore. Tale difficoltà è stata determinata sia per l'estrema numerosità dei soggetti gestori che per la carenza di standard assistenziali omogenei su tutto il territorio regionale. Vero è che in questi casi, anche in presenza di standard assistenziali unici, è comunque molto problematico giungere ad una unica tariffa, in quanto:
  - Il Costo del personale di assistenza diretta presenta una variabilità determinata dalla esistenza di diversi contratti nazionali applicati dai numerosi soggetti gestori;
  - Tutti le altre voci di costo che compongono la tariffa (beni e servizi, manutenzioni, utenze, ammortamenti, ecc) che per semplicità espositiva vengono definiti nel presente documento Altri costi gestionali, presentano una certa variabilità correlata all'assetto organizzativo-gestionale di ogni singolo soggetto gestore.

Pertanto al fine di addivenire ad un sistema tariffario regionale maggiormente omogeneo, è necessario procedere attraverso i seguenti passaggi logici:

- Mantenere gli standard assistenziali e le tariffe negli ambiti già definiti a livello regionale (casi di cui al precedente punto a);
- Definire i criteri omogenei di rilevazione dei costi gestionali negli ambiti in cui non sono definiti standard assistenziali e tariffe (casi di cui al precedente punto b), per consentire all'ASUR di definire la tariffa finale da applicare agli accordi contrattuali con i singoli gestori.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**1.3.1 I criteri di rilevazione dei costi gestionali**

Nel presente paragrafo vengono esplicitati i criteri di rilevazione dei costi gestionali ai quali l'ASUR dovrà attenersi per la definizione della tariffa finale nei singoli accordi contrattuali per i casi di cui precedente paragrafo 1.3 punto b (cioè quelli relativi alle tipologie e livelli di intensità assistenziale in precedenza non definiti a livello regionale), inquadrandoli nei due ambiti precedentemente descritti, e cioè: Costo del personale di assistenza diretta e Altri costi gestionali.

Costo del personale di assistenza diretta

Il costo del personale di assistenza diretta è determinato dal prodotto scaturente tra la quantità di assistenza per figura professionale ed il costo unitario contrattuale.

Nella formulazione della tariffa, all'interno del singolo accordo contrattuale con la struttura accreditata, l'ASUR dovrà definire lo specifico ammontare economico del costo del personale di assistenza diretta sulla base del contratto dichiarato ed applicato dal soggetto gestore, valorizzato in termini di €/min per figura professionale, riferito ai minuti giornalieri degli standard assistenziali previsti nelle tabelle del relativo livello di intensità assistenziale. Il costo del personale preso a riferimento non può essere inferiore a quello derivante dall'applicazione del Contratto Collettivo di Lavoro, nazionale ed eventualmente di II livello, del settore di riferimento, sottoscritto dalle OOSS comparativamente più rappresentative.

Nell'applicazione del predetto criterio l'ASUR dovrà utilizzare la successiva tabella 1, che dovrà essere anche riportata nell'accordo contrattuale.

Tabella 1

LIVELLO ASSISTENZIALE..... (riportare il codice del livello di intensità assistenziale)		
FIGURE PROFESSIONALI	Valore unitario (€. per minuto) del contratto applicato	Totale costo giornaliero figura professionale
Medico		
Psicologo		
Infermiere		
OTA/OSS		
Terapisti della riabilitazione		
Educatori		
Terapisti della riabilitazione psichiatrica		
<b>Totale costo giornaliero quota Personale assistenza diretta</b>		

Altri costi gestionali

In generale i fattori di produzione che compongono la tariffa giornaliera (escluso il costo del personale di assistenza diretta) sono soggetti ad una certa variabilità correlata all'assetto organizzativo gestionale del soggetto gestore, con particolare riferimento ai prezzi di acquisizione di beni e servizi, incidenza costi fissi su volumi di produzione, stato di ammortamento beni immobili, ecc.

Nella definizione della quota relativa agli *Altri costi gestionali* risulta necessario procedere ad una valutazione analitica delle voci di costo che la compongono, da effettuarsi attraverso un percorso negoziale tra l'ASUR ed il soggetto gestore.

I risultati del suddetto percorso negoziale, ai fini della definizione della quota relativa agli *Altri costi gestionali*, dovranno essere riepilogati secondo lo schema di cui alla seguente tabella 2, la quale dovrà essere anche riportata nell'accordo contrattuale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tabella 2

Altri gestionali: Schema piano dei costi			
CATEGORIA	SUB-TIPOLOGIE	DETTAGLIO	Costo unitario giornaliero
Alberghieri	Giornata alimentare	Colazione, pranzo, merenda e cena	
	Lavanderia e guardaroba	Lavanderia biancheria piana e personale; guardaroba biancheria personale	
	Pulizia e sanificazione ambienti	Adeguata igiene dei locali di vita compreso smaltimento rifiuti speciali e urbani	
	Utenze	Energia elettrica, gas metano, acqua	
	Affitti e noleggi attrezzature	Eventuali attrezzature per la ristorazione, le pulizie, la lavanderia	
	Trasporti	Per finalità ricreative	
Assistenziali	Formazione e aggiornamento personale assistenziale	Costo della formazione, escluso costo operatore perché compreso nel costo personale	
	Materiale di consumo assistenziale e sanitario	Presidi protesici non personalizzati; Materiale per medicazione comune; detergenti e disinfettanti; Farmaci di uso sintomatico ed estemporaneo; Altro materiale di consumo assistenziale (cateteri vescicali, sacche urina, ecc); Materiale per igiene personale (detergenti per lavaggio capelli, corpo, dentiere, ecc; taglio unghie); Materiale di consumo per le attività occupazionali.	
	Fornitura e lavaggio divise e dispositivi di protezione individuali	Camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.	
Amministrativi		Comprende il costo del personale per svolgere tutte le attività amministrative, compreso centralino e portineria; gestione sistema informativo; sistema qualità e rapporti con familiari e utenti; formazione personale amministrativo; organi rappresentanza; assicurazioni; manutenzione e ammortamento beni mobili; utenze telefoniche e internet.	
Edilizi		Ammortamenti, affitti, manutenzioni ordinarie e straordinarie, IMU	
<b>Totale costo giornaliero quota Altri costi gestionali</b>			

La quota relativa a *Altri costi gestionali* non potrà superare il 45% della tariffa complessiva giornaliera. Al fine di migliorare il processo di omogeneizzazione tariffaria, l'ASUR individuerà intervalli scalari, a partire dal suddetto limite massimo (45% della tariffa complessiva giornaliera), correlati a parametri dimensionali dell'assetto produttivo gestionale.

Nell'accordo contrattuale dovrà essere riepilogata la composizione complessiva della tariffa secondo lo schema di cui alla seguente tabella 3, da riportare anch'essa nell'accordo contrattuale stesso.

Tabella 3

Riepilogo tariffa complessiva					
Codice livello intensità assistenziale	Quota giornaliera costo personale assistenza diretta (a)	Quota giornaliera Altri costi gestionali (b)	Tariffa complessiva giornaliera (a + b)	Quota ASUR	Quota compartecipazione

Di seguito sono elencati i fattori che non rientrano nella tariffa e che sono a carico dell'ASUR.

- Fornitura presidi protesici personalizzati;
- L'assistenza del Medico di Medicina Generale;
- Fornitura dei farmaci prescritti su ricettario del SSN;
- Prodotti e presidi per la nutrizione enterale e parenterale;
- Altri presidi prescritti dall'UVI;
- Visite specialistiche ed esami diagnostici;
- Prestazioni riabilitative multidisciplinari.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Trasporti sanitari secondo la regolamentazione regionale in materia.

Di seguito sono elencati i fattori che non rientrano nella tariffa e che sono a richiesta dell'utente ed a suo carico.

- Parrucchiere/barbiere,
- Servizio telefonico di chiamata personale;
- Pasti al personale di assistenza o compagnia;
- Cibi e bevande extra rispetto al menù base e non indicate da particolari esigenze terapeutiche.

## 2 - SETTORI

### 2.1. Anziani

#### 2.1.1 Descrizione livelli di intensità assistenziale

Il modello assistenziale proposto, sulla base delle indicazioni contenute nel documento finale della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali di maggio 2007, codifica i seguenti livelli di intensità assistenziale per anziani non autosufficienti:

- Un livello di alta intensità assistenziale (intensivo) nel quale garantire il livello prestazionale **R1** (in questo documento non trattato in quanto tale livello assistenziale è allo stato garantito a livello ospedaliero o nel livello RD1);
- Un livello di media intensità assistenziale (estensivo) nel quale garantire i livelli prestazionali **R2** e/o **R2D**;
- Un livello medio-basso di intensità assistenziale (lungo assistenza/mantenimento) nel quale garantire il livello prestazionale **R3**. Tale livello è ulteriormente suddiviso in due fasce di intensità assistenziale (**R3.1** e **R3.2**).
- Un livello di assistenza semiresidenziale nel quale garantire il livello prestazionale **SR**.
- Un livello di assistenza semiresidenziale nel quale garantire il livello prestazionale **SRD**.

Si riporta di seguito la descrizione della tipologia di trattamenti erogabili nei livelli di intensità prestazionale sopraenunciati.

- **"R2", Unità di cure residenziali estensive:** Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale rivolti a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici
- **"R2D", Nuclei Demenza:** Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di ri-orientamento e tutela personale in ambiente "protetico" rivolti a persone con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

con garanzia di continuità assistenziale.

- "R3", *Unità di cure residenziali di mantenimento*: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti sanitari di lungo assistenza a forte rilevanza sociale, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, rivolte a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.
- "SR": Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone anziane in condizioni di limitata autonomia fisica, anche con presenza di moderati disturbi cognitivi; trattamenti di mantenimento erogati in centri diurni. I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere infermieristico, tutelare e di animazione.
- "SRD": Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone anziane con prevalenti disturbi cognitivi e/o comportamentali; trattamenti erogati in regime diurno a pazienti affetti da forme evolute di demenza (Alzheimer e senile). I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Per i suddetti livelli di intensità prestazionale nella seguente tabella n. 2.1.3 sono stati definiti i relativi standard assistenziali nonché le note applicative degli standard medesimi con le attuali strutture delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002.

### 2.1.2 Indirizzi organizzativi

#### A) Accesso ai servizi e strumenti di valutazione

I percorsi che consentono l'accesso alle prestazioni assistenziali prevedono la provenienza del paziente da strutture ospedaliere, residenziali, semiresidenziali e dal domicilio.

Il Distretto provvede alle procedure di inserimento nelle strutture residenziali o a ciclo diurno, previa verifica della relativa appropriatezza effettuata sulla base di criteri di valutazione multidimensionale del bisogno. Nello specifico l'inserimento in struttura è effettuato previa:

- valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI), che individua il setting assistenziale più idoneo.
- definizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

#### B) La struttura modulare

Di norma le strutture devono essere organizzate in moduli assistenziali omogenei secondo l'intensità del trattamento, ed è auspicabile la coesistenza di più moduli che garantiscano le diverse gradualità di intensità assistenziale, in modo da evitare trasferimenti in altre strutture nei casi di modifica del bisogno.

E' pertanto necessario che le strutture vengano organizzate in unità erogatrici, dette *nuclei*, intese come aree distributive delle degenze, tendenti all'autonomia di dotazioni e servizi, dimensionati su almeno 20 posti letto, e comunque nel rispetto dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento.

Ciascuna struttura, in considerazione della variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali in ragione dei differenti bisogni degli ospiti, potrà prevedere la coesistenza di più nuclei che



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

erogano diversi livelli assistenziali coerenti con i livelli di intensità prestazionale di cui al precedente punto 2.1.1.

Fermi restando i requisiti strutturali ad oggi definiti per le strutture di assistenza agli anziani non autosufficienti, la coesistenza dei livelli di intensità assistenziale sarà di norma regolata:

- le Residenze Protette (RP) potranno prevedere almeno i due livelli di lungo assistenza/ mantenimento basso (R3.1 e R3.2);
- le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) potranno prevedere almeno il livello estensivo (R2 e/o R2D) e quello di lungo assistenza/mantenimento (R3.1 e R3.2);.

Anche ai fini del perseguimento dell'efficienza gestionale, nelle strutture possono essere inseriti moduli di assistenza residenziale rivolti ad altri destinatari (psichiatrici e disabili), specie nei casi in cui già coesistano tali situazioni, fermo restando la distinzione e la separatezza dei moduli stessi, in ossequio ai requisiti di autorizzazione ed accreditamento. In tal caso è utile l'abbinamento per omogeneità di intensità assistenziale.

Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per livelli assistenziali omogenei o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione ai livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.

Nelle strutture con limitata capienza di posti letto, il modello organizzativo fondato sulla flessibilità degli interventi in relazione ai bisogni dei pazienti può essere attuato con opportuna gradualità, procedendo anche in via sperimentale, attraverso forme di collaborazione che possono generare un esercizio coordinato delle funzioni, perseguendo livelli ottimali di efficacia, efficienza ed economicità nella gestione, nonché ottimizzando l'erogazione di prestazioni e di servizi di interesse comune.

### C) Trattamenti

#### DURATA

Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione.

La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per stabilire l'eventuale proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

La prestazione residenziale non dovrebbe quindi avere una durata predefinita, ma non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statica, per cui le valutazioni periodiche dovranno verificare come si modifica il livello di bisogno nel tempo, ma anche valutare se possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio.

In questa ottica l'utilizzo delle prestazioni residenziali successivamente ad un ricovero, per periodi predeterminati e nell'ambito di programmi di dimissione ospedaliera, dovrà essere interpretato come garanzia di continuità assistenziale e gestito come percorso di dimissione protetta ove il ricovero residenziale a termine avrà lo scopo di accompagnare il recupero funzionale e predisporre le condizioni anche logistico-organizzative per il reinserimento a domicilio.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

E' appropriato quindi l'utilizzo temporaneo dell'assistenza residenziale per pazienti che presentino reali possibilità di recupero e di reinserimento a domicilio o in strutture a minor impegno sanitario, escludendo comunque pazienti con quadri clinici attivi che consiglino la permanenza in ambiente ospedaliero. In ogni caso l'assistenza residenziale andrà garantita nel livello assistenziale appropriato in rapporto agli effettivi bisogni.

Unità di misura

In considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza.

Valutando la prestazione non come "episodio di ricovero" ma come "giornata di assistenza", si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale viene erogato in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il *panel* dell'assistenza residenziale.

In linea generale:

- Il ricovero nel livello estensivo (R2 e R2D), di norma non può esuberare i 60gg (eventualmente prorogabili sulla base di specifica rivalutazione da parte dell'UVI come previsto dalla DGR 704/2006, allegato B, punto 1.2), in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito nel livello di lungoassistenza/ mantenimento, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti. Qualora al termine del periodo (60gg o altro termine in caso di proroga) non fossero disponibili posti letto di lungoassistenza mantenimento, il paziente può rimanere nel livello estensivo, fino al reperimento del posto. In tal caso è soggetto alla quota di compartecipazione a decorrere dal 61° giorno (o altro termine in caso di proroga), prevista per il livello assistenziale inferiore, come previsto dalla citata DGR 704/2006, allegato B, punto 1.2.
- Il ricovero nel livello di lungo assistenza/mantenimento può essere anche di lungo termine, anche se non deve essere interpretata a priori una soluzione definitiva e statica, in quanto deve tendere all'obiettivo di predisporre le condizioni, anche logistico-organizzative, per il reinserimento a domicilio. Il Piano di Assistenza Individualizzato 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'ASUR nel caso di cambiamenti significativi del livello di autonomia e di salute dell'assistito e di livello di assistenza. L'ASUR provvede altresì ad una programmazione annuale di controlli e verifiche.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2.1.3. Tabella Standard assistenziali

Area Anziani			
Codice livello intensità assistenziale	Profilo	Standard Assistenziali	Note applicative
Codice R2	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica (1): 6 min/die per ospite</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite</li> <li>▪ Infermiere (4): h24 (per due nuclei)</li> <li>▪ OSS/OTA (6): H24 (nucleo) 85 min/pz/die</li> <li>▪ Personale riabilitativo 10 min/pz/die</li> </ul>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA per anziani non autosufficienti (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)
Codice R2D	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive Demenza/Alzheimer) a pazienti con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica (1): 6 m/die per ospite</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 35m/die per ospite</li> <li>▪ Infermiere (5): h12 (nucleo)</li> <li>▪ OSS/OTA (6): H24 (nucleo) 100/pz/die</li> <li>▪ Personale riabilitativo 5 min/pz/die</li> </ul>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i nuclei per malati Alzheimer o demenze inseriti nelle RSA per anziani non autosufficienti e RSA demenze (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)
R3 Codici: R3.1 - R3.2	Prestazioni di lungoassistenza e <b>mantenimento</b> erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento) a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione.	R3.1  Standard assistenziali di cui al Regolamento Regionale n.1/2004 (requisiti n.34, 35 e 36 delle Residenze Protette per Anziani)	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale le Residenze Protette per Anziani (L.R.20/2002 - art.3, c.4, lett.b)  Confermata tariffa DGR 1729/10  Presenza di pazienti con deficit cognitivi ma con un basso livello di disturbo comportamentale
		R3.2  Standard assistenziali di cui al Regolamento regionale n.1/2004 (requisiti n.29, 30 e 31 delle Residenze Protette per Anziani)	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale le Residenze Protette per Anziani (L.R.20/2002 - art.3, c.4, lett.b)  Confermata tariffa DGR 1729/10



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Anziani			
Codice livello intensità assistenziale	Profilo	Standard Assistenziali	Note applicative
Codice SR	Prestazioni di mantenimento erogate in Centri diurni a pazienti in condizioni di limitata autonomia fisica, senza prevalenti disturbi cognitivi, erogata nei Centri Diurni per Anziani di cui alla L.R. 20/2002 art.3, c.4, lett. b. I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere tutelate, infermieristico e di animazione.	La quantità assistenziale sanitaria è definita nell'ambito della valutazione dell'UVI, preventiva all'accoglienza del soggetto nel Centro. L'ASUR provvede all'integrazione assistenziale sanitaria attraverso una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messa disposizione di proprio personale;</li> <li>▪ Rimborso forfettario all'Ente gestore pari al valore economico dei seguenti livelli di personale:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 m inf + 15 m OSS</li> <li>- 8 m inf + 20 m OSS</li> </ul> </li> </ul> Il livello da rimborsare è definito dall'UVI in sede di valutazione preventiva.	
Codice SRD	Prestazioni sanitarie e riabilitative erogate in Centri diurni a pazienti con prevalenti disturbi cognitivi e/o del comportamento. I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere infermieristico, rieducative, tutelari, supporto psicologico e di animazione.	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione, terapeuta occupazionale, educatore, psicologo): 90m/die/paz inteso come media  La natura dei bisogni assistenziali dei singoli soggetti determina il mix tipologico delle figure professionali e il relativo carico assistenziale	Il nucleo di assistenza semiresidenziale è inserito preferibilmente in strutture che erogano attività residenziale

- (1) L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie ed è erogata da medici preferibilmente di area medica.
- (2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS/OTA, personale riabilitativo.
- (3) L'assistenza infermieristica è un *di cui* dell'assistenza globale.
- (4) La presenza notturna dell'infermiere deve essere garantita per due nuclei.
- (5) La presenza dell'infermiere è intesa per 12 ore nel nucleo.
- (6) La presenza OTA/OSS è intesa per 24 ore nel nucleo.

## 2.2. Disabili

### 2.2.1. Descrizione livelli di intensità riabilitativa e di intensità assistenziale

Il modello assistenziale proposto, partendo dalle indicazioni contenute nel documento finale della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali di maggio 2007, codifica i seguenti livelli di intensità riabilitativa per persone affette da disabilità:

- Un livello ove erogare l'assistenza riabilitativa residenziale, intensiva ed estensiva, da comprendersi nel livello RD1. Tale livello è ulteriormente suddiviso in fasce di differente intensità assistenziale.
- Un livello ove erogare l'assistenza riabilitativa e socio riabilitativa residenziale a minori affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico da comprendersi nel livello RD2.
- Un livello ove erogare l'assistenza riabilitativa e socio riabilitativa residenziale di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari, per disabili non autosufficienti, da comprendersi nel livello RD3.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Un livello ove erogare l'assistenza riabilitativa e socio riabilitativa residenziale di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari, per disabili con parziali ambiti di autonomia privi di supporto familiare, da comprendersi nel livello RD4.

Si riporta di seguito la descrizione della tipologia di trattamenti erogabili nei livelli di intensità prestazionale sopraenunciati.

**RD1:** Assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogata in nuclei dedicati a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale e/o necessità di assistenza essenziale per il supporto vitale. I trattamenti sono caratterizzati da prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative.

**RD2:** Assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogata in nuclei specializzati a minori affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico, caratterizzata da attività psicoeducative e socio relazionali.

**RD3:** Assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogata in nuclei dedicati a persone disabili che per lo stato clinico necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane, caratterizzata da prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative di mantenimento.

**RD4:** Assistenza residenziale erogata in nuclei dedicati a persone disabili non autosufficienti, con parziali ambiti di autonomia, privi di sostegno familiare, caratterizzata da prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative di mantenimento.

I suddetti livelli di intensità riabilitativa riguardano l'assistenza residenziale, e pertanto deve prevedersi anche il livello semiresidenziale, che nel presente documento è codificato come SRDis.

Nell'ambito dei suddetti livelli di intensità riabilitativa è stata operata una sub-articolazione per livelli di intensità assistenziale, specificati nella seguente tabella n. 2.2.3. Nella stessa vengono definiti i relativi standard assistenziali nonché le note applicative degli standard medesimi con le attuali strutture delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002.

### 2.2.2 Indirizzi organizzativi

#### A) Accesso ai servizi e strumenti di valutazione

##### Area Disabili

Il Distretto, 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 Integrata (UVI).
- definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- Nella fase di accesso alle strutture le UVI utilizzano lo strumento di valutazione di cui al Decreto n.6/ARS del 05/07/2012.

L'accesso ai servizi può avvenire anche su libera scelta dell'utente. In tal caso la struttura ricevente procede alla valutazione multidimensionale attraverso lo strumento di cui al decreto n.6/ARS del 05/07/2012 ed alla definizione del Progetto Riabilitativo Individuale che, entro 30 giorni, dovrà essere ratificato dall'UVI del Distretto.

Area Psicopatologia Età Evolutiva

L'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali è effettuato dai Servizi Ospedalieri di NPI o dalle UMEE distrettuali a seguito di valutazione e diagnosi clinica. Laddove i predetti servizi ritenessero di dover procedere all'inserimento in una Comunità Educativa per Minori, esso dovrà avvenire previo progetto concordato con i competenti servizi sociali.

**B) La struttura modulare**

Di norma le strutture devono essere organizzate in moduli assistenziali omogenei secondo l'intensità del trattamento, ed è auspicabile la coesistenza di più moduli che garantiscano le diverse gradualità di intensità assistenziale, in modo da evitare trasferimenti in altre strutture nei casi di modifica del bisogno.

E' pertanto necessario che le strutture vengano organizzate in unità erogatrici, dette *nuclei*, intese come aree distributive delle degenze, tendenti all'autonomia di dotazioni e servizi, di norma dimensionati su almeno 20 posti letto, e comunque nel rispetto dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento.

Ciascuna struttura, in considerazione della variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali in ragione dei differenti bisogni degli ospiti, potrà prevedere la coesistenza di più nuclei che erogano diversi livelli assistenziali coerenti con i livelli di intensità prestazionale di cui al precedente punto 2.2.1.

Ai fini del perseguimento di livelli minimi di efficienza gestionale, collegati altresì alla definizione di un sistema tariffario uniforme, ogni struttura dovrà prevedere, di norma, dai 40 ai 60 posti letto e la coesistenza di almeno 2 livelli di intensità prestazionale.

In via eccezionale potranno prevedersi strutture con numero di posti letto superiori ai 60 posti letto, come nel caso di strutture ubicate in zone ad alta intensità abitativa ovvero derivanti da riconversioni di strutture sanitarie di ampie dimensioni.

Fermi restando i requisiti strutturali ad oggi definiti per le strutture di assistenza residenziale ai disabili, la coesistenza dei livelli di intensità assistenziale sarà di norma regolata:

- Le strutture che erogano il livello assistenziale intensivo (RD1) potranno prevedere almeno l'erogazione del livello estensivo (a completamento del livello RD1);
- Le strutture che erogano il livello assistenziale estensivo (RD1) potranno prevedere l'erogazione del livello di mantenimento (RD3/RD4);
- Le strutture che erogano il livello socio-riabilitativo di mantenimento RD3 potranno prevedere l'erogazione di pari livelli di intensità assistenziale per altri target di utenza (anziani - salute mentale).

Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per patologie omogenee o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione ai livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.

**C) Trattamenti**

**DURATA**

Le prestazioni residenziali hanno una durata connessa alle condizioni di bisogno (e quindi del relativo livello assistenziale) ed alle reali possibilità di recupero clinico.

In linea generale:

- Il ricovero nel livello intensivo (RD1.1) non può esuberare i 120gg, in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure intensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito:
  - in un livello di minore intensità assistenziale: *estensivo* nel caso necessiti di un ulteriore periodo di recupero o *lungoassistenza/ mantenimento*, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti.
  - nel livello ospedaliero (acuti – lungodegenza – riabilitazione) per aggravamento delle condizioni cliniche. In tal caso, ovviamente, il trasferimento può essere disposto anche prima dei 120gg.
- Il ricovero nel livello estensivo (RD1.2) non può esuberare i 240gg, in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito nel livello di *lungoassistenza/ mantenimento*, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti. Qualora al termine del periodo (240gg) non fossero disponibili posti letto di *lungoassistenza/ mantenimento*, il paziente può rimanere nel livello estensivo, fino al reperimento del posto. In tal caso è soggetto alla quota di compartecipazione a decorrere dal 241° giorno. Previa valutazione dell'UVI, il ricovero può essere prolungato oltre i 240gg nei casi previsti dalle Linee guida ministeriali per la riabilitazione del 7 maggio 1998, di seguito indicati:
  - Pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer, patologie congenite su base genetica), pazienti con gravi danni cerebrali, pazienti pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, fermo restando l'obbligo della valutazione da parte dell'UVI da effettuarsi a cadenza semestrale. Tali casi rientrano nel livello di estensività protratta (RD1.3).
  - Pazienti "stabilizzati" nella condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali il ricovero può essere prorogato per un massimo di ulteriori 120gg.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Il ricovero nel livello di lungoassistenza/mantenimento può essere anche di lungo termine, anche se non deve essere interpretata a priori una soluzione definitiva e statica, in quanto deve tendere all'obiettivo di predisporre le condizioni, anche logistico-organizzative, per il reinserimento a domicilio. Il Progetto Riabilitativo Individuale 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'ASUR nel caso di cambiamenti significativi del livello di autonomia e di salute dell'assistito e di livello di assistenza. L'ASUR provvede altresì ad una programmazione annuale di controlli e verifiche. Tale livello socio-sanitario si articola in tre livelli di intensità assistenziale, caratterizzati dalla differente composizione del mix di assistenza sanitaria e socio-assistenziale: RD3.1 – RD3.2 – RD4.
- Il ricovero nel livello RD2.1 non può esuberare, di norma, la durata di mesi 6. Nei casi particolarmente complessi tale periodo può essere prolungato successivamente alla rivalutazione diagnostica e prognostica e alla definizione di un nuovo progetto assistenziale concordato tra i servizi invianti e la struttura, fino ad un massimo di 24 mesi complessivi.

Il ricovero nel livello RD2.2 non può esuberare, di norma, la durata di mesi 12. Nei casi più complessi tale periodo può essere prolungato successivamente alla rivalutazione diagnostica e prognostica e alla definizione di un nuovo progetto assistenziale concordato tra i servizi invianti e la struttura, fino ad un massimo di 24 mesi complessivi

2.2.3 Tabella Standard assistenziali

Area Disabili				
Livello intensità riabilitativa	Profilo	Codice Livello intensità assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
RD1	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minime.	Codice RD1.1 Riabilitazione intensiva - livello assistenziale intensivo	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate
		Codice RD1.2 Riabilitazione estensiva - livello assistenziale estensivo	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate
		Codice RD1.3 estensività protratta - livello assistenziale estensivo	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate relativi alle RSA Disabili Gravi	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate relative alle RSA Disabili Gravi Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario: <ul style="list-style-type: none"> <li>Le strutture di riabilitazione estensiva di cui al punto RD1.2;</li> <li>Le RSA disabili di cui al punto RD3.1 per un massimo del 15% dei posti letto previsti per il livello RD1.3 nell'atto di fabbisogno</li> </ul>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		<p>Codice RD1.4</p> <p>Responsività minimale/Nuclei specializzati (Unità minorati plurisensoriali – Unità Speciale Pediatrica – Unità Coma Permanente – Unità Gravi insufficienze respiratorie) – livello assistenziale intensivo</p>	<p>Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate</p>	<p>Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate</p>
RD3	<p>Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per: Disabili gravi e Disabili privi di sostegno familiare</p>	<p>Codice RD3.1</p> <p>Disabili gravi</p>	<p>Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate relativi alle RSA Disabili Accoglienza</p>	<p>Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate relative alle RSA Disabili Accoglienza</p> <p>Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA Disabili</p>
		<p>Codice RD3.2</p> <p>Disabili gravi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere: 30m/paz/die;</li> <li>▪ OSS: 110m/paz/die</li> <li>▪ Educatori: 90m/paz/die</li> </ul> <p>Riferimento: Regolamento Regionale n.1/2004</p>	<p>Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le Residenze Protette per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a)</li> <li>▪ Le Comunità Socio-educative Riabilitative (LR 20/2002 art.3, c.3, lett. b) per un massimo del 25% dei posti letto previsti per il livello RD3 nell'atto di fabbisogno</li> </ul>
RD4		<p>Codice RD4</p> <p>Disabili privi di sostegno familiare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OSS: 60m/paz/die</li> <li>▪ Educatori: 60m/paz/die</li> </ul> <p>Riferimento: Regolamento Regionale n.1/2004</p>	<p>Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le Comunità Socio-educative Riabilitative (LR 20/2002 art.3, c.3, lett. b)</p> <p>Per i casi affetti da autismo severo, viene conservato il vecchio regime tariffario di cui alla DGR n.23 del 21/01/2013.</p>
SRDis	<p>Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi</p>	<p>Codice SRDis1.1 (*)</p> <p>Prestazioni a contenuto terapeutico e socioriabilitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OSS: 15m/paz/die</li> <li>▪ Terapisti della riabilitazione: 20m/paz/die</li> <li>▪ Educatori: 65m/paz/die</li> </ul>	
		<p>Codice SRDis1.2</p> <p>Prestazioni a prevalente contenuto socioriabilitativo erogate dai Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a)</p>	<p>La quantità assistenziale sanitaria è definita nell'ambito della valutazione multidimensionale, preventiva all'accoglienza del soggetto nel Centro. L'ASUR provvede all'integrazione assistenziale sanitaria attraverso una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messa disposizione di proprio personale;</li> <li>▪ Rimborso forfettario all'Ente gestore pari al valore economico di: 10m/paz/die OSS + 30m/paz/die terapisti/educatori.</li> </ul>	<p>Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a) per un tetto massimo di 18 posti per singolo Centro.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Area Psicopatologia Età Evolutiva				
Livello intensità riabilitativa	Profilo	Codice Livello intensità assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
RD2	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche-riabilitative e socio-educative-riabilitative in regime residenziale a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico	Codice RD2.1  Livello terapeutico – riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 60 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 80 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 50 min/paz/die</li> <li>▪ OSS: 40 min/paz/die</li> </ul>	
		Codice RD2.2  Livello socio-educativo-riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 4 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 140 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 8 min/paz/die</li> </ul>	Tale livello si può configurare anche quale supporto assistenziale sanitario per una quota parte degli ospiti delle Comunità di accoglienza per Minori della L.R.20/2002. In tal caso verrà garantito dall'ASUR un supporto assistenziale pari a 70min/paz/die di educatore sanitario e 8 min/paz/die di psicologo (tramite fornitura diretta del personale o rimborso equivalente da valorizzare al costo del contratto dichiarato dal gestore).
SRDis	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per minori/adolescenti con un quadro psicopatologico.	Codice SRDis2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 10 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 120 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 10 min/paz/die</li> <li>▪ OSS: 10 min/paz/die</li> </ul>	

(\*) Si specifica che tale livello è riferito a quello individuato, all'interno del Macrolivello Assistenza territoriale semi-residenziale, al punto b) della colonna *Prestazioni* del Microlivello *Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali* (a compartecipazione utente/comune) del DPCM 29 novembre 2001. Non viene trattato quello relativo al punto a) del medesimo DPCM, livello nel quale vengono erogate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale (a totale carico sanitario), attualmente assicurato dalle prestazioni di seminternato (medio livello – alto livello – unità plurisensoriali) di cui agli Accordi regionali con le strutture di riabilitazione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2.3. Salute mentale

### 2.3.1. Descrizione dei livelli di intensità riabilitativa e di intensità assistenziale

Il Documento finale della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali di maggio 2007 considera che il livello assistenziale residenziale si inserisce nel complesso del piano di trattamento individuale del paziente psichiatrico con finalità ed obiettivi che variano da caso a caso, ma che sono tuttavia riconducibili essenzialmente a:

- a) Programmi di tipo "terapeutico-riabilitativo" di varia intensità e durata.
- b) Programmi di tipo "socio-riabilitativo", ivi inclusa la necessità di assistenza tutelare a soggetti non autosufficienti non assistibili al proprio domicilio.

In base a tale distinzione i livelli di intensità terapeutico-riabilitativa possono essere così classificati:

#### **RP1 - Prestazioni terapeutico-riabilitative.**

Sono erogate per pazienti che, anche nella fase della **post-acuzie**, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Esse si suddividono in due livelli di intensità: intensivo ed estensivo. Quest'ultimo si suddivide ulteriormente in due livelli, differenziati a seconda della presenza in h24 o in h12 del personale.

- **RP 1.1** – E' erogato in moduli che assicurano prestazioni terapeutico riabilitative intensive (ex Strutture Residenziali Terapeutiche del progetto obiettivo di cui alla DACR n. 132/2004) nei quali vengono accolti pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle **24 ore**. La durata massima della degenza è fissata dal progetto terapeutico, non superiore a **18 mesi**.
- **RP 1.2** – E' erogato in moduli che assicurano prestazioni terapeutico-riabilitative estensive nei quali vengono accolti pazienti con problematiche croniche per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi di tipo estensivo (ex Strutture Riabilitative Residenziali del progetto obiettivo di cui alla DACR n. 132/2004). I moduli sono differenziati in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:
  1. **RP 1.2.1:** Il personale socio sanitario è presente sulle **24 ore**. E' definita una durata massima della degenza di **36 mesi**, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'équipe curante ne motivi la proroga.
  2. **RP 1.2.2:** Il personale socio-sanitario è presente sulle **12 ore**. E' definita una durata massima della degenza di **36 mesi**, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'équipe curante ne motivi la proroga.

#### **RP 2 - Prestazioni socio-riabilitative.**

Sono erogate per rispondere ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare, che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria (le **CP** definite dal progetto obiettivo di cui alla DACR n. 132/2004). **Non viene definita la durata massima dell'ospitalità.** Abbiamo due tipologie:

- a) **RP. 2.1:** Il personale socio sanitario è presente sulle **24 ore**.
- b) **RP. 2.2:** Il personale socio-sanitario è presente sulle **12 ore**.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### SRP Prestazioni semiresidenziali

L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono i pazienti durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di salute mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana. Sono dotate di équipe multi professionali.

Il 25 marzo 2013 il Gruppo Inter-regionale Salute Mentale (GISM) del Ministero della Salute ha approvato il documento sulle strutture residenziali psichiatriche (approvato dalla Commissione Salute in data 8 maggio 2013), elaborato da uno specifico gruppo di lavoro integrato con l'AGENAS, che detta gli indirizzi finalizzati all'appropriatezza di utilizzo di tali strutture. A tal fine, tra l'altro:

- vengono codificate le tipologie di assistenza residenziale in base ai livelli di intensità riabilitativa (SRP.1 Intensivo – SRP.2 Estensivo – SRP.3 Socioriabilitativo) e 3 tipologie di intensità assistenziale del livello SRP.3. Per i livelli SRP.1 e SRP.2 viene prevista la possibilità di articolare diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.
- sono identificati gli elementi clinici compatibili per ognuna delle suddette tipologie;
- viene disposto che ciascuna regione definisca i livelli di intensità assistenziale, in termini di impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente, differenziati in base all'intensità terapeutico-riabilitativa della struttura e declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:
  - Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
  - Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
  - Attività educativo riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
  - Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Sulla base dei suddetti indirizzi, nel seguente paragrafo vengono definite le tipologie di unità erogatrice (inteso come nucleo distributivo delle degenze) per specifico livello di intensità riabilitativa e assistenziale con i relativi elementi clinici compatibili.

Nella specifica tabella n. 2.3.4 vengono definiti i relativi standard assistenziali nonché le note applicative degli standard medesimi con le attuali strutture delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002.

#### *2.3.2 Tipologia delle Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche*

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di unità erogatrici di assistenza residenziale psichiatrica:

- Unità Erogatrice Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP.1).
- Unità Erogatrice Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP.2), con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in due differenti sottotipologie (SRP.2.1 e SRP.2.2).
- Unità Erogatrice Residenziale Psichiatrica per interventi socio riabilitativi (SRP.3), con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore (SRP.3.1), nelle 12 ore (SRP.3.2), per fasce orarie (SRP.3.3).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**2.3.2.1 Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP.1)**

Elementi clinici

Si tratta di nuclei nei quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando l'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico- psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

**2.3.2.2 Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP.2)**

Elementi clinici

Si tratta di nuclei che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- **area riabilitativa:** offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

**2.3.2.3 Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi (SRP.3)**

Elementi clinici generali del livello SRP.3

Si tratta di nuclei che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura, di seguito specificamente declinate.

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), e non è soggetto ad una durata massima predefinita.

**2.3.2.3.1 Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere (SRP.3.1)**

Indicazioni cliniche specifiche del livello SRP.3.1

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- **area di risocializzazione:** offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

***2.3.2.3.2 Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere (SRP.3.2)***

Indicazioni cliniche specifiche del livello SRP.3.2

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

***2.3.2.3.3 Unità Erogatrici Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie (SRP.3.3)***

Indicazioni cliniche specifiche del livello SRP.3.3



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo; non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze.
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

### 2.3.3. *Indirizzi Organizzativi*

#### A) **Accesso ai servizi e strumenti di valutazione**

Il DSM, attraverso le sue articolazioni distrettuali quali sono i CSM, provvede alle procedure di avvio all'inserimento nelle strutture residenziali o a ciclo diurno. L'inserimento in struttura è effettuato su iniziativa del case manager e previa valutazione dell'équipe curante con definizione del Piano di Trattamento Individuale (PTI), che deve riferirsi ad una delle seguenti diagnosi di inclusione: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale (espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'équipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'inserimento di una persona in struttura residenziale deve essere effettuata sempre con la partecipazione ed il consenso alla scelta del progetto complessivo dello stesso assistito e dei suoi familiari

**B) La struttura modulare**

Di norma le strutture devono essere organizzate in Unità Erogatrici omogenee secondo l'intensità del trattamento, ed è possibile la coesistenza di più unità (ben distinte e separate sotto il profilo organizzativo-strutturale, e comunque nel rispetto dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento) che garantiscano le diverse gradualità di intensità assistenziale, in modo da evitare trasferimenti in altre strutture nei casi di modifica del quadro clinico.

Ciascuna struttura, in considerazione della variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali in ragione dei differenti bisogni degli ospiti, potrà prevedere la coesistenza di due o più unità che erogano diversi livelli assistenziali coerenti con i livelli di intensità prestazionale di cui al precedente punto 2.3.2.

Fermi restando i requisiti strutturali ad oggi definiti per le strutture di assistenza residenziale ai pazienti affetti da patologia psichiatrica, la coesistenza dei livelli di intensità assistenziale sarà di norma regolata:

- Le strutture che erogano il livello assistenziale intensivo (SRP.1) potranno prevedere almeno l'erogazione del livello estensivo (SRP.2.1-SRP.2.2);
- Le strutture che erogano il livello assistenziale estensivo (SRP.2.1-SRP.2.2) potranno prevedere l'erogazione del livello socio-riabilitativo (SRP.3 in uno o più dei sub-livelli);
- Le strutture che erogano il livello assistenziale socio-riabilitativo (SRP.3) potranno prevedere l'erogazione dei relativi sub-livelli.

Anche ai fini del perseguimento dell'efficienza gestionale, le Unità Erogatrici di assistenza residenziale psichiatrica possono essere inserite in strutture in cui insistono moduli di assistenza residenziale rivolto ad altri destinatari (anziani e disabili), specie nei casi in cui già coesistano tali situazioni, fermo restando la distinzione e la separatezza dei moduli stessi, in ossequio ai requisiti di autorizzazione ed accreditamento. In tal caso è utile l'abbinamento per omogeneità di intensità assistenziale.

Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per patologie omogenee o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione ai livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2.3.4. Tabella Standard assistenziali

Area Salute Mentale			
Livello intensità riabilitativa	Codice Livello Intensità assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
Terapeutico-riabilitativo	Codice SRP.1 Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico : 10m/paz/die</li> <li>Psicologo: 30m/paz/die</li> <li>Infermiere: 60m/paz/die</li> <li>OSS: 30m/paz/die</li> <li>Personale educativo riabilitativo (educatori – terapisti riabilitazione psichiatrica): 90m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Struttura Residenziale Terapeutica (D.A. n.132/05). Infermiere in h24 nella struttura. Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogratrice SRP.2.1 o SRP.2.2
	Codice SRP.2.1 Estensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico : 6m/paz/die</li> <li>Psicologo: 20m/paz/die</li> <li>Infermiere: 50m/paz/die</li> <li>OSS: 30m/paz/die</li> <li>Personale educativo riabilitativo (educatori – terapisti riabilitazione psichiatrica): 70m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Struttura Riabilitativa Residenziale (D.A. n.132/05). Infermiere in h24 nella struttura. Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogratrice SRP.2.2, SRP.1 o di SRP.3
	Codice SRP.2.2 Estensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico : 6m/paz/die</li> <li>Psicologo: 10m/paz/die</li> <li>Infermiere: 50m/paz/die</li> <li>OSS: 30m/paz/die</li> <li>Personale educativo riabilitativo (educatori – terapisti riabilitazione psichiatrica): 50m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Struttura Riabilitativa Residenziale (D.A. n.132/05). Infermiere in h24 nella struttura. Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogratrice SRP.2.1, SRP.1 o di SRP.3  Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le RSA che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997.
Socio - Riabilitativo	Codice SRP3.1 h24	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico/Psicologo: 8m/paz/die</li> <li>Infermiere: 40m/paz/die</li> <li>OSS: 20m/paz/die</li> <li>Personale educativo riabilitativo (educatori – terapisti riabilitazione psichiatrica): 50m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Comunità Protetta (D.A. n.132/05). Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogratrice SRP.2 o di altro sottotipo SRP.3.  Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le strutture socio-assistenziali che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997.
	Codice SRP3.2 h12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico/Psicologo: presenza programmata</li> <li>Infermiere: 20m/paz/die</li> <li>OSS: 10m/paz/die</li> <li>Personale educativo riabilitativo (educatori – terapisti riabilitazione psichiatrica): 30m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Comunità Protetta (D.A. n.132/05) con presenza di Unità Erogratrice SRP.3.1  Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le strutture socio-assistenziali che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997.
	Codice SRP3.3 Fasce orarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico/Psicologo: presenza programmata per supervisione</li> <li>Infermiere: 3,5h/settimanali nella struttura</li> <li>OSS: 3,5h/settimanali nella struttura</li> <li>Personale educativo riabilitativo (educatori – terapisti riabilitazione psichiatrica): 7h/settimanali nella struttura.</li> </ul> <p>Tali requisiti sono da intendersi come impegno medio del personale del DSM, e quindi possono essere adeguati secondo le necessità rilevate.</p>	Livello erogabile nel Gruppo Appartamento (D.A. n.132/05) gestiti dai DSM.
Semiresidenziale	Codice SSRP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico/Psicologo: 15m/paz/die</li> <li>Educatore/tecnico della riabilitazione: 60m/paz/die</li> <li>Infermiere: 5m/paz/die</li> <li>OSS: 5m/paz/die</li> <li>Personale di assistenza programmata: assistente sociale.</li> </ul>	Il Centro è un' articolazione funzionale del CSM e può essere gestito dal DSM o dal privato accreditato. Il Centro può essere coesistente ad una struttura residenziale psichiatrica, preferibilmente di livello socio riabilitativo.