



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 102 del 11 LUG. 2017

OGGETTO: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - modifica e integrazione DCA 81/06 - Allegato 4 requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento - modifica e integrazione DCA 15/2016 nella definizione della tariffa massima regionale per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Il Commissario ad Acta

(per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'art.2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015).

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri - su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3 ..2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle sequenziazioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies* comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

DATO ATTO CHE :

- l'art. 11 della Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i. recante "Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" ed in particolare il comma 5, prevedeva, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge medesima, l'adozione di uno specifico regolamento regionale con atto deliberativo della Giunta Regionale, che definisse i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'accreditamento, nonché i sistemi di controllo sulla permanenza dei requisiti stessi e le modalità e i termini per la richiesta di accreditamento, da parte delle strutture pubbliche e private, previo

parere della Commissione consiliare competente da esprimersi entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento;

- in attuazione del suddetto disposto normativo, veniva approvato il Regolamento Regionale n.13 dell' 1 settembre 2009, in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie regionali, pubblicato sul BURC n.16 Sup. Straord. n. 2 del 10 Settembre 2009;
- il citato regolamento stabiliva i nuovi requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali delle strutture sanitarie private e prevedeva, nell'ambito del paragrafo intitolato "Condizioni e specifiche generali", la definizione delle tariffe "in base sia ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici che al tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria che sarà applicato";

DATO ATTO CHE con Regolamento regionale n. 13 dell' 1 settembre 2009 la Regione Calabria ha approvato il Regolamento attuativo della Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008 comprensivo, tra l'altro, dei: "Requisiti specifici e di personale delle strutture extraospedaliere sanità" (allegato 4);

VISTO il DCA 15/2016 avente ad oggetto "Programma operativo 2013-2015 - Azione/Intervento P7.1.3 - Definizione delle tariffe provvisorie a seguito della modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009" con cui si approvano le tariffe massime regionali di riferimento per persona/pro die, da intendersi quale contro prestazione economica per i servizi erogati mediante sottoscrizione dell'accordo contrattuale ex art. 8 quinquies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., riconosciute a ogni struttura e specificatamente la tariffa determinata per le *Residenza Sanitari Assistenziale per Anziani* corrispondente ad un importo pari ad euro **153,20**;

VISTO il DCA 81 del 22 luglio 2016 con cui si approvava il nuovo regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008 e i nuovi manuali di Autorizzazione/Accreditamento e specificatamente l'Allegato 4 recante "Requisiti specifici delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale";

TENUTO CONTO che nel suddetto allegato, per le RSA e specificatamente alle pagine 17,18,19,20, sono stati definiti i requisiti minimi organizzativi per l'autorizzazione (erroneamente indicati in tabella per l'accreditamento), mentre i criteri per l'accreditamento vengono definiti nell'allegato 12 dalla pagina 48 alla pagina 63;

CONSIDERATO che l'allegato 4, anche alla luce di diversi ricorsi al TAR e di numerose osservazioni da parte delle Associazione di Categoria, appare viziato da diversi errori di interpretazione delle fonti di riferimento (matrone 12 e Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza) per cui risultano non corrette la determinazione dell'assistenza medica, quella dell'assistenza globale e quella dell'assistenza infermieristica, non calcolata come un di cui (e quindi in maniera comprensiva), ma come "ulteriore" rispetto a quella globale, determinando così una alterazione nel meccanismo di determinazione del calcolo delle tariffe;

CONSIDERATO, inoltre, che era stato previsto il personale minimo necessario a garantire i livelli di assistenza, non per le diverse tipologie dimensionali in rapporto al numero dei posti letto, ma solo per il modulo da 20 pp.ll., impiegato quale standard per la base di calcolo;

CONSIDERATO che il calcolo dei requisiti minimi organizzativi non ha avuto come presupposto l'utilizzo pieno dell'apposito documento che fa riferimento a standard qualificanti, indicati dalla Commissione Ministeriale Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ma solo una considerazione parziale dello stesso, che invece ha esaminato la problematica delle prestazioni residenziali e semiresidenziali nell'obiettivo di definire i contenuti tecnico-professionali delle prestazioni stesse;

TENUTO ANCHE CONTO che l'allegato 4 al DCA n. 81/2016 fa sì riferimento al Mattone 12 (che definisce però solo la classificazione delle prestazioni riconducendole ad un modello unitario condiviso nel tentativo di costruire un flusso informativo unitario e coerente che ha come presupposto la individuazione di un modello organizzativo uniforme al quale siano riferibili le singole prestazioni e/o attività), senza però

aderire, correttamente, agli standard qualificanti del servizio che attendono alla caratterizzazione delle prestazioni, per come previsti dal documento di cui al punto precedente, non riconducendopienamente il servizio, che deve essere erogato, a criteri oggettivi di professionalità e nel rispetto degli effettivi bisogni assistenziali dei singoli pazienti, per come rappresentati nel documento Ministeriale stesso.

RAVVISATA la necessità di esplicitare i requisiti specifici delle *Residenze Sanitarie Assistenziali Per Anziani (RSA)* con riferimento agli standard qualificanti dettati dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, precisando che per le RSA il livello prestazionale di riferimento è quello R2e che tale livello prestazionale, con riferimento agli standard qualificanti, prevede:

Assistenza medica : 160 minuti /die per nucleo

Infermiere h 24

Assistenza globale > 140 minuti

Assistenza infermieristica > 45 minuti, dove tale assistenza è un di cui dell'assistenza globale, che è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, Terapisti, per nucleo, per ospite (totale minuti/20).

CONSIDERATO CHE gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo- festivo- notturno) avvengano su chiamata, nell'ambito dei processi organizzativi previsti dal modello di presa in carico.

TENUTO CONTO CHE i requisiti minimi approvati con il presente provvedimento integrano e sostituiscono quelli relativi alla medesima tipologia assistenziale di cui all'allegato 4 del DCA 81/2016;

VISTO CHE i nuovi requisiti di autorizzazione, così come previsti dagli accordi con gli erogatori, sostituiscono quelli previsti all'allegato 4 alle pagine da 17 a 20, sono quelli rappresentati nell'allegato 1 alla presente, per farne parte integrante, comprensivo di indicazioni relative al personale minimo, previsto per nuclei di volume crescente, di cui alla relativa tabella, come di seguito rappresentato:

R.S.A. PER ANZIANI (livello pestazionale R2)

Sono nuclei specializzati per anziani non autosufficienti, portatori di patologie croniche a rischio di instabilità clinica. Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveriospedalieri.

Accedono persone non autosufficienti > 65 anni, (limite non applicabile per i soggetti con Malattia di Alzheimer) con:

- comorbilità e rischio di instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico, una o più volte alla settimana ma non quotidiano;
- condizioni sociali che non consentono la permanenza aldomicilio;
- necessità di assistenza tutelare completa.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazionierogate.

1. Un responsabile medico del centro con funzioni di Direttore Sanitario
2. devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza

Requisiti di assistenza "R2"*

- Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H24
- AssistenzaGlobale: > 140 minuti /die
- Assistenza Infermieristica > 45 minuti/die per paziente

* L'assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20); la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".

DISTRIBUZIONE MINIMA DI PERSONALE PER RSA - LIVELLO PRESTAZIONALE R2					
	personale minimo previsto anche per eventuali strutture con meno di 20 pl	posti letto			
		20	40	60	80
MEDICO RESPONSABILE con funz. Di Direttore Sanitario		0,10	0,15	0,20	0,25
MEDICO DI MODULO (7)	0,63	0,30	0,36	0,47	0,83
MEDICO SPECIALISTA		0,23	0,28	0,33	0,55
PERSONALE INFERMIERISTICO	6,00	6,00	8,50	13,00	17,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	6,00	6,00	10,00	14,50	18,50
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	1,00	1,00	1,50	2,00	2,50
EDUCATORE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1,00	1,00	1,50	2,00	2,50
PSICOLOGO		0,10	0,20	0,30	0,40
ASSISTENTE SOCIALE		0,30	0,40	0,50	0,60
TOTALE COMPLESSIVO		15,03	22,89	33,30	43,13

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI IN UN MODULO DI 20 P.L.

sono diseguitospecificati:

- Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
- Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
- Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
- Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.

Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:

- a) area destinata alla residenzialità
- b) area destinata alla valutazione e alle terapie
- c) area destinata alla socializzazione
- d) area di supporto dei servizi generali

NOTA: Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

- Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno per le nuove strutture)
- Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere
 - a) mq 12 per camere ad un letto
 - b) mq 18 per camere a due letti
- Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera;
- Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite;
- Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine;

- Un bagno assistito per ogni modulo;
- Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico;
- Tisaneria;
- Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate);
- Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo;
- Spazi/armadi per deposito biancheria pulita;
- Un locale deposito biancheria sporca, per il vuotatoio/lavapadelle;
- Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
- Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n. di 4 ogni modulo);
- Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto;
- Un sollevatore pazienti per ogni modulo;
- I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde);
- L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
- Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
- Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche concordless)
- Deve essere presente l'impianto di climatizzazione

Area destinata alla valutazione e alle terapie

- Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
- Locali con attrezzature per le attività riabilitative
- Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
- Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
- Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

- Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza
- un angolo bar
- sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
- un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
- un locale per il culto opportunamente dimensionato

Arece generali di supporto

- ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
- locali per uffici amministrativi
- spogliatoio e servizi igienici per il personale
- locale/cucina e dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee guida sulla Sicurezza Alimentare, o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione
- Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B. Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura, dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

- Magazzini
- Camera mortuaria come da normativa vigente

- Un monta lettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm X 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140>
- Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e ago cannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B. La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente. Nel caso di strutture preesistenti all'entrata in vigore della legge regionale 24/08 e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% dagli standard di riferimento.

VISTO il DCA 15/2016 avente ad oggetto "Programma operativo 2013-2015 - Azione/Intervento P7.1.3 - Definizione delle tariffe provvisorie a seguito della modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009" con cui sono state approvate le tariffe massime regionali di riferimento per persona/pro die, da intendersi quale contro prestazione economica per i servizi erogati mediante sottoscrizione dell'accordo contrattuale ex art. 8 quinquies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., riconosciute a ogni struttura e specificatamente la tariffa determinata per le *Residenza Sanitari Assistenziale per Anziani* corrispondente ad un importo pari ad euro **153,20**;

CONSIDERATO CHE detta tariffa era stata determinata utilizzando un meccanismo di calcolo equivalente a quello oggi utilizzato per determinare la nuova tariffa, in relazione ai costi standard di produzione e ai costi generali, in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione rilevati presso un campione di soggetti erogatori privati operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale del territorio Regionale preventivamente individuati di comune accordo con le Associazioni di Categoria;

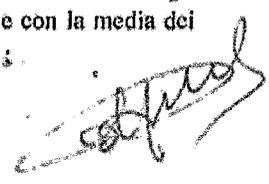
DATA ATTO CHE tale costo fa riferimento alla composizione di fattori produttivi impiegati per la produzione delle prestazioni, valorizzate sulla base di prezzi unitari medi di acquisto, su prezzi standard e tenendo conto delle eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato pari all' 1,2% per l'anno 2017;

CONSIDERATO CHE i costi generali da considerare sono quelli della unità produttiva delle prestazioni, ossia i costi generali riferiti ai fattori della produzione, attribuiti alla unità produttiva, ma non direttamente utilizzati nella produzione della prestazione stessa, motivo per cui occorre incrementare il costo della produzione di una quota percentuale corrispondente al valore medio, rilevato dal rapporto tra i costi generali di struttura, così determinati, e il complesso dei costi (D.M. 15 aprile 1994);

VISTO CHE per i costi generali si è proceduto ad una rideterminazione degli stessi, considerato che in precedenza erano stati presi in considerazione anche quelli non propri della gestione tipica e che comunque spese generali ed organizzative non possono superare il limite massimo standard del 26% rispetto ai costi totali nel contesto della tariffa;

CONSIDERATO CHE un ricalcolo dei costi generali, sulla scorta del principio stabilito dal D.M. 15 aprile 1994, comporta un valore medio rilevato dall' incidenza degli stessi, sui rispettivi bilanci, pari al valore standard del 3,52 % del valore dei costi previsti per un modulo da 20 posti letto;

VISTO CHE per costi relativi a Servizi e altri oneri amministrativi, comprendenti gestione risorse umane, sistemi informativi, contabilità ed altro si reputa opportuno procedere ad una rideterminazione degli stessi, considerando il costo relativo a numero 2 addetti per struttura, che coincide comunque con la media dei costi calcolati come percentuale sui bilanci di riferimento pari ad un valore standard del 5,6 %;



TENUTO CONTO che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, in data 26 novembre 2013 (prot.449) ha espresso un parere specifico precisando che "...ai sensi dell'art. 8-sexies del D.lgs. n.502 del 1992 e s.m.i. , le tariffe devono essere definite in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate...", motivo per cui esse non possono essere remunerative di singoli fattori produttivi impiegati, né di margine di retribuzione, non previsto dall'art. di cui sopra;

CONSIDERATO che la DGR del 6 maggio 2006 n.332 prevedeva , per la riabilitazione, un utile di impresa sui soli costi generali, al netto del costo del lavoro, pari all' 8% e che una Sentenza del TAR Calabria sede di Catanzaro n. 395 RD 833/2006 REG. RIC, anno 2007 e un'altra sentenza del Consiglio di Stato N. 19898/08 RD- N. 7272 RR Anno 2007, estendevano tale percentuale a tutti costi considerati per la valorizzazione della tariffa;

COSIDERATO che la letteratura recente dimostra che non esiste un tale valore percentuale riferito all'utile netto, tant'è che la Gazzetta Ufficiale dell'unione Europea indica come margine utile ragionevole un tasso di rendimento del capitale non superiore al tasso SWAP pertinente, maggiorato di un premio di 100 punti base o pari ai tassi EURIRS degli ultimi cinque anni incrementato sempre di 100 punti base, per cui la percentuale di utile per il calcolo della tariffa si attesterebbe su un valore del 2,87% ;

TENUTO CONTO quindi degli elementi di cui sopra e di recenti accordi che utilizzavano quale valore percentuale degli utili per il calcolo delle tariffe un valore pari al 5% appare congruo e ragionevole l'utilizzo di tale valore, intermedio rispetto ai precedenti (8% e 2,87%), per il calcolo degli utili d' impresa, che in questo caso è stato applicato a tutti i costi considerati nel rispetto delle sentenze di cui sopra;

CONSIDERATO CHE la Calabria è tra le poche regioni italiane che hanno impiegato strumenti analitici di rilevazione dei costi di produzione per il calcolo delle tariffe (e che quasi nessuna regione ha indicato il metodo di calcolo della tariffa giornaliera) riferendosi non a strutture con "dimensioni ottimali" (comprese tra 60 e 120 posti letto), ma a strutture più vicine alla sua realtà territoriale, dotate di un numero mediamente più basso di posti letto (20) , con conseguente minore efficienza e maggiori costi di gestione;

TENUTO CONTO di quanto rappresentato nella Tabella "1" di seguito esposta :

COSTI GENERALI					
COSTI GENERALI					
COSTI GENERALI					
COSTI GENERALI					
COSTI GENERALI					
Medico responsabile con funzione di Direttore sanitario	81.482,67	n.	0,10		8.148,27
Medico di medicina	52.217,51	n.	0,30		15.665,25
Medico specialista chirurgo a emolumento	66.222,12	n.	0,33		21.753,47
Terapisti della riabilitazione	33.878,14	n.	1,00		33.878,14
Infermiere professionale	84.554,39	n.	0,00		207.225,34
OSI	21.228,28	n.	0,00		182.149,28
Educatore o Terapista occupazionale	32.878,14	n.	1,00		82.276,14
Pilgraggio	52.217,51	n.	0,10		5.221,75
Assistente sociale	32.878,14	n.	0,30		20.165,44
Totale costi personali					319.064,74
Residui Strutturali					
Affitto e ammortamento di acquisto di immobili	€ 7,07	mq / ann	251	12	71.025,64
Mantenimento ordinaria	€ 0,60	n.l. / gg	20	365	4.818,00
Ammortamento arredi, attrezzature, automobili, altro	€ 3,37	n.l. / gg	20	365	6.271,00
Utile ambiente pulizia e sanificazione	0,62	mt / gg	733	32	5.072,00
Totale costi Residui Strutturali					87.186,64
Residui Operativi					
Salari della personale lavanderia, materiale di consumo, medicinali, altre	€ 2,63	n.l. / gg	20	365	19.198,00
Vitto	€ 10,30	n.l. / gg	20	365	75.180,00
Totale costi Residui Aggregati					94.378,00
Residui Organizzativi					
Servizi e altri oneri amministrativi (n.2 unici)	€ 6,42	p.l./gg	20	365	48.891,00
Servizi ingegneristici (ipotesi di cucina, trasporti, guardasole, lavanderia)	€ 4,09	n.l./gg	20	365	29.314,00
Gasolio, pulizia, acqua, HACCP, sicurezza	€ 1,02	n.l./gg	20	365	13.396,00
Totale costi Residui Organizzativi					91.599,00
Residui Strutturali e Operativi					
Costi generali	€ 2,50	n.l./gg	20	365	32.850,00
Tasse locali e imposte di gestione	€ 1,07	n.l./gg	20	365	43.881,00
Automobili e autovetture	€ 0,47	n.l./gg	20	365	2.431,00
Singolamento rifiuti solidi urbani e speciali	€ 0,30	n.l./gg	20	365	2.822,00
Utenze (Telefono - Acqua - Gas - Energia Elettrica)	€ 2,71	n.l./gg	20	365	19.782,00
Totale costi Residui Strutturali e Operativi					102.866,00
TOTALE COSTI FUNZIONI ORGANIZATIVE					
UTILE D'IMPRESA (5%)					45.205,28
Adeguamento ISTAT 2017 (1,2%)					10.870,80
TOTALE GENERALE					662.078,90
COSTO ANNUO PRO-CAPITE					48.105,70
COSTO GIORNALIERO PRO-CAPITE					131,76

[Handwritten signature]

CONSIDERATO cheda detto calcolo scaturisce una tariffa pari ad euro 131,79 con quota a carico del Fondo Sanitario (70%) pari ad Euro 92.25 e quota a carico del Fondo sociale (30%)pari a Euro 39.54;

VISTA la nuova tariffa determinata in misura pari ad euro 132,02, che sostituisce quella precedente provvisoriamente individuata con DCA 15/2016;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE il documento allegato alla presente per farne parte integrante e denominato Allegato 1" per le RSA"contenete i requisiti minimi di autorizzazione e quelli minimi di personale distinti per moduli crescenti di 20 posti letto, necessari a garantire i livelli di assistenza, sostituendo i requisiti minimi di autorizzazione relativi alla medesima tipologia assistenziale (RSA) di cui alle pagine da 17 a 20 dell'allegato numero 4 del DCA 81/2016, propedeutici alla successiva e contestuale rideterminazione della tariffa;

DI APPROVARE il modello di calcolo della tariffa esplicitato in epigrafe e rappresentato alla Tabella "1";

DI APPROVARE la tariffa massima regionale di riferimento così calcolata, per persona/pro die, riferita alle tipologie di attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), pari ad euro 132,02, che sostituisce quella precedentemente determinata con DCA 15/2016, da intendersi quale controprestazione economica per i servizi erogati mediante sottoscrizione dell'accordo contrattuale ex art. 8 quinquies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., , riportate nella Tabella "1" al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;

DI DARE ATTO che le tariffe definite con il presente atto avranno validità con decorrenza immediata;

DI DARE MANDATO alle Aziende Sanitarie Provinciali di aggiornare e far sottoscrivere , ai sensi dell'art. 8 quinquies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., i contratticosi adeguati, ai singoli soggetti erogatori privati accreditati entro e non oltre 10 giorni dalla notifica del presente provvedimento;

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

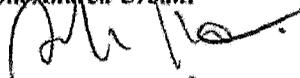
DI INVIARE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

DI DARE ATTO che avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Calabria nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il Sub Commissario
Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura



Allegato 1 " per le RSA "

R.S.A. PER ANZIANI (livello prestazionale R2)

Sono nuclei specializzati per anziani non autosufficienti, portatori di patologie croniche a rischio di instabilità clinica. Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveriospedalieri.

Accedono persone non autosufficienti > 65 anni, (limite non applicabile per i soggetti con Malattia di Alzheimer) con:

- comorbidità e rischio di instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico, una o più volte alla settimana ma non quotidiano;
- condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio;
- necessità di assistenza tutelare completa.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

3. Un responsabile medico del centro con funzioni di Direttore Sanitario
4. devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza

Requisiti di assistenza "R2"*

- Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 140 minuti /die
- Assistenza Infermieristica > 45 minuti/die per paziente

* L'assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20); la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".

DOTAZIONE MINIMA DI PERSONALE PER RSA - LIVELLO PRESTAZIONALE R2					
	personale minimo previsto anche per eventuali strutture con meno di 20 pl	posti letto			
		20	40	60	80
MEDICO RESPONSABILE con funz. DI Direttore Sanitario		0,10	0,15	0,20	0,25
MEDICO DI MODULO	0,63	0,30	0,36	0,47	0,83
MEDICO SPECIALISTA		0,23	0,28	0,33	0,55
PERSONALE INFERMIERISTICO	6,00	6,00	8,50	13,00	17,00
OPERATORE SOCIO SANITARIO	6,00	6,00	10,00	14,50	18,50
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	1,00	1,00	1,50	2,00	2,50
EDUCATORE O TERAPISTA OCCUPAZIONALE	1,00	1,00	1,50	2,00	2,50
PSICOLOGO		0,10	0,20	0,30	0,40
ASSISTENTE SOCIALE		0,30	0,40	0,50	0,60
TOTALE COMPLESSIVO		15,03	22,89	33,30	43,13

Handwritten signature

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI IN UN MODULO DI 20 P.L.

sono disegnati e specificati:

- Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
- Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
- Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
- Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.

Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:

- e) area destinata all'abitabilità
- f) area destinata alla valutazione e alle terapie
- g) area destinata alla socializzazione
- h) area di supporto dei servizi generali

NOTA: Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata all'abitabilità

- Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno per le nuove strutture)
- Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere
 - c) mq 12 per camere ad un letto
 - d) mq 18 per camere a due letti
- Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera;
- Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite;
- Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine;
- Un bagno assistito per ogni modulo;
- Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico;
- Tisaneria;
- Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate);
- Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo;
- Spazi/armadi per deposito biancheria pulita;
- Un locale deposito biancheria sporca, per il vuotatoio/lavapadelle;
- Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
- Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n. di 4 ogni modulo);
- Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto;
- Un sollevatore pazienti per ogni modulo;
- I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde);
- L'arredo della stanza deve comprendere:
 - e) comodino
 - f) armadio guardaroba singolo con chiave
 - g) sedia
 - h) luce personale
- Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna

Scattini

- Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche concordless)
- Deve essere presente l'impianto di climatizzazione

Area destinata alla valutazione e alle terapie

- Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
- Locali con attrezzature per le attività riabilitative
- Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
- Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
- Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

- Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza
- un angolo bar
- sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
- un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
- un locale per il culto opportunamente dimensionato

Arece generali di supporto

- ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
- locali per uffici amministrativi
- spogliatoio e servizi igienici per il personale
- locale/cucina e dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee guida sulla Sicurezza Alimentare, o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione
- Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B. Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura, dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

- Magazzini
- Camera mortuaria come da normativa vigente
- Un monta lettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm X 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140>
- Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - h) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure
 - i) cannule orofaringee di varie misure
 - j) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - k) laccio, siringhe e ago cannule
 - l) materiale per medicazione
 - m) farmaci salvavita
 - n) defibrillatore con pacing esterno

N.C. La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente. Nel caso di strutture preesistenti all'entrata in vigore della legge regionale 24/08 e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% dagli standard di riferimento.

M. G.