

Perché la delibera sul fondo di solidarietà va cambiata

Si compie il disegno regionale. Compartecipazioni per tutti con qualsiasi reddito, scompare il riferimento all’Isee, mantenimento della discrezionalità dei Comuni, eterogeneità regionale con parti disuguali tra uguali.

- **Presidente e componenti Giunta regionale**
- **Presidente V Commissione**

Nella riunione del 27 febbraio con la Consulta disabilità, presenti i dirigenti regionali: Ciccarelli, Mannucci, Santarelli, Ricci, era stato preso formale impegno di inviare copia della bozza al fine di poter formulare le osservazioni al testo. Come prevedibile, nonostante i solleciti, la bozza non è mai arrivata ed è stata invece convocata per domani la riunione con ANCI Marche al fine di chiudere l’accordo da tramutarsi in delibera (all. 1). Viene dunque confermato il fermo proposito di non avere alcun confronto, a partire dagli atti, con le rappresentanze dei fruitori dei servizi. Constatando amaramente la permanente, totale, assenza di qualsivoglia interlocutore politico, si prende definitivamente atto della scelta regionale, di avere come esclusivi interlocutori i gestori (pubblici e privati), disattendendo tutte le norme che prevedono coinvolgimento e partecipazione delle rappresentanze dei beneficiari. Di seguito le osservazioni ad un testo nel quale si ravvisa il chiaro cedimento alle pressioni dei Comuni.

Sulla delibera

- Tra i beneficiari del contributo del fondo **si escludono** alcune tipologie di utenti inseriti in alcune strutture. Ad esempio il beneficio viene previsto solo per RSA anziani e CD demenze, e non per RSA demenze e CD anziani. Oltre alla esclusione di tutti gli utenti RP.

- Considerare la quota trasporto all’interno della tariffa (62 euro) dei CD socio assistenziali, significa ridurre considerevolmente lo standard di personale di questi Centri che come è noto ospitano utenti del tutto assimilabili al CD sociosanitario. E d’altra parte che tale tariffa comprensiva del trasporto non sia sostenibile in molti degli attuali servizi lo conferma il punto b della proposta di Accordo con ANCI (reinvestimento delle somme risparmiate dai comuni per il trasporto).

- Si fa riferimento ad un reddito esente, ma, **mai viene detto che si tratta di valore Isee.**

- Si **fa poi finta di inserire una soglia di esenzione** dalla partecipazione, prevedendo poi però compartecipazione sulla base della indennità di accompagnamento (30% della quota sociale, oppure moltiplicazione delle ore di frequenza del CD per la quota oraria corrispondente: 0,69 euro ora, per le ore frequentate). Le Marche inaugurano così una personale forma di applicazione della normativa (ISEE?). Fanno finta di applicarlo, attraverso una grossolana bugia, ma poi scorporano una quota che fa parte del computo. Dunque **è falso** affermare che al di sotto di 6.517 euro di (quale reddito?), gli oneri sono a completo carico del Comune.

- Lascia ad ogni Comune/Ambito la possibilità, sopra la soglia di 6.517 euro, di definire i propri criteri di compartecipazione, lasciando il campo a scelte di ogni tipo che determineranno nel migliore dei casi grandi difformità, nel peggiore, data la debolezza degli utenti, mancata applicazione – come sta accadendo – della normativa sulla contribuzione. Con la possibilità, molto frequente oggi, di addebito totale della quota sociale all’utente quand’anche i redditi non fossero sufficienti (con il calcolo del nuovo Isee). La Regione, si rimangia le indicazioni contenute nel comma 2 dell’art. 20 della legge 32 (regolamenti comunali sulla base di indirizzi regionali). Con la formulazione in bozza, non avendo fissato alcun criterio, un Comune potrebbe addebitare, per valori Isee superiori a 6.517 anche l’intera quota sociale. Ricordiamo che per un residenziale la quota a carico dell’utente è pari a circa 1100 euro.

- Si abbassa di 100 euro la quota da lasciare nelle disponibilità degli utenti. 250 era quella per Coser. 250.000 L. prevedeva la legge 43 del 1988. Si prevedono ora 5 euro al giorno per le spese personali! Complimenti.

- Il tavolo di monitoraggio esclude ogni rappresentanza degli utenti. Condizione per non affrontare in alcun modo inadempienze, mancate applicazioni, abusi. L'ente gestore o il Comune verranno a dirvi che non applicano correttamente la normativa?

Per quanto riguarda l'**accordo contrattuale**, allegato alla delibera rispetto al quale più volte si è chiesta la possibilità di confronto, esso appare largamente deficitario, tutto centrato sulle problematiche dei servizi per anziani. Tenendo conto delle tipologie di servizi cui si fa riferimento (allegato 1) si chiede di inserire:

- l'impossibilità delle strutture di chiedere caparre;
- l'impossibilità di addebitare oneri aggiuntivi riferiti a prestazioni assistenziali;
- modalità di accesso: non parliamo solo di anziani e di prestazioni assistenziali, ma anche di interventi educativi riabilitativi, e di fruizione di servizi per il miglioramento della qualità di vita delle persone.
- Prestazioni alberghiere: Sulla scorta di quanto sta accadendo nella non esaltante esperienza delle convenzioni riguardo RP anziani, devono essere precisati gli aspetti riguardanti il pasto (colazione, pranzo, cena, merenda), le pulizie.

Si chiedono pertanto modifiche nella direzione sopra indicata.

Campagna "Trasparenza e diritti"
Comitato Associazioni Tutela
<http://leamarche.blogspot.it/>

11 marzo 2015

Segreteria: 393-9046151 trasparenzaediritti@gmail.com - <http://leamarche.blogspot.it/>

Campagna "Trasparenza e diritti". Tribunale della salute, Ancona, Unione italiana lotta distrofia muscolare (Uildm), Ancona, Cooperativa Progetto Solidarietà, Senigallia (An), Cooperativa Papa Giovanni XXIII, Ancona; Ass. nazionale genitori soggetti autistici (Angsa Marche), Ancona, Ass. Il Mosaico, Moie di Maiolati (An), Gruppo Solidarietà, Moie di Maiolati (An), Fondazione Paladini, Ancona, Ass. Tutela salute mentale Vallesina, Jesi, Cooperativa Grafica & infoservice, Monte san Vito (An), Confcooperative Federsolidarietà (Marche), Cooperativa Casa Gioventù, Senigallia (An), Progetto Area, Ancona; Ass. La Rondine, Ancona, Rete diritti operatrici/tori sociali, Ancona; Centro H, Ancona, Anglat Marche. Cooperativa "Amore e Vita", Ancona.

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDm, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). segreteriaacatmarche@gmail.com

Aderiscono: Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Fondazione Paladini, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche, Comitato marchigiano vita indipendente, Fondazione Arca Senigallia, Aniep Ancona

Allegato 1

La bozza di delibera

OGGETTO: *Istituzione del Fondo di solidarietà e approvazione accordo su linee guida criteri di riparto, modalità di utilizzo e procedure di rendicontazione (DGR 1195/2013 e DGR 1331/2014)*

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità e dal Servizio Politiche Sociali, 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 l'attestazione della copertura finanziaria di cui all'art. 48 della legge regionale 11 dicembre 2001 n. 31;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della PF Programmazione Sociale;

VISTA la proposta del Dirigente del servizio sanità e del Dirigente del Servizio Politiche Sociali

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

- Di istituire il Fondo di Solidarietà riservato agli anziani non autosufficienti, ai disabili ed alle persone con problemi di salute mentale finalizzato a facilitare i comuni nelle funzioni di sostegno alle persone in condizioni di fragilità e a basso reddito inserite nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi residenziali, pubbliche e private per le quali trovino applicazione le quote di compartecipazione di cui al dpcm 29.11.2001
- Di stabilire in € l'importo del Fondo di Solidarietà per l'anno 2015
- Di approvare i criteri di riparto, le modalità di utilizzo e le procedure di rendicontazione del Fondo di Solidarietà che forma parte integrante e sostanziale del presente atto di cui all'allegato A;
- Di recepire l'accordo tra Regione Marche e ANCI di cui all'allegato B;
- Di approvare il Verbale dell'incontro tra Regione Marche e Alleanza delle Cooperative Italiane Marche (AGCI solidarietà, Confcooperative Federsolidarietà, Legacoopsociali) del giorno venerdì 13 febbraio 2015 di cui all'allegato C;
- Di approvare lo "schema per la stipula dell'accordo contrattuale tra Area Vasta/distretto sanitario. soggetto titolare dell'autorizzazione e ambito territoriale Sociale" di cui all'allegato D
- Di demandare al Dirigente del Servizio Sanità ogni ulteriore provvedimento attuativo.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Elisa Moroni)

GIUNTA

IL PRESIDENTE DELLA
(Gian Mario Spacca)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- L. 328/00 “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- L.r. 20/2002 “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale”
- Regolamento regionale n. 1/04 e successive modifiche
- L.r. 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”.
- DGR 2200/2000 e s.m.i. “L.R. 20/2000, art. 6 - determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”.
- DGR 1889/2001 “Manuale di accreditamento”
- cm 14.02.2001 “Atto di riordino e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”
- Dpcm 29.11.2001 “accordo tra governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto leg.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni
- L.r. 13/2003 “Riorganizzazione del servizio sanitario regionale”
- DGRM n. 1556/2004 “Approvazione atto di indirizzo concernente Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo”
- DGRM n. 1322/2004 “protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza”
- DGRM n. 323/2005 “Accordo con le OO.SS. sulle Residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti
- DGRM n. 704/06 “approvazione del modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA – modifiche agli allegati A,B,C della DGRM n. 323/2005 – accordo con le OO.SS. sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti
- DA n. 62/2007 “Piano sanitario regionale 2007/2009 – Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani
- DGRM n. 720/07 “consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria nella Regione Marche – primi indirizzi per le strutture organizzative regionali;
- DGRM n. 480 del 1/04/2008 “convenzionamento con le RP o nuclei di RP in case di riposo: conferma per l'anno 2008 delle condizioni previste dalla DGR 704/06 per la stipula delle convenzioni
- DA 98/2008 “Piano sociale 2008/2010 – partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione ed integrazione delle politiche di welfare”
- DGRM n. 1493 del 27/10/2008 “l.r. 29 luglio 2008 n. 25 assestamento di bilancio 2008, art. 37 Fondo regionale per la non autosufficienza – attuazione adempimenti;
- DGRM n. 1230 del 2.08.2010 “approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle RP per anziani alla normativa vigente. Anni 2010-2013
- DGRM n. 1729 del 29.11.2010 “approvazione del modello di convenzione tra azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani”.
- DA 38/2011 “Piano socio-sanitario regionale 2012/2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”.
- DGRM 528/2012 “linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014. Approvazione”.

- DGR 31.10.2012 “direttiva vincolante per i direttori generali degli enti del SSR per l’attuazione del DL 95/2012 convertito con legge 135/2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini. Spending review nazionale;
- DGR 1011/2013 “Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semi residenzialità delle aree sanitaria extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale”;
- DGR 1195/2013 “determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell’utente in conformità a quanto disposto dal dpcm 29.11.2001 (definizione dei livelli essenziali di assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale.
- DGR 1260/2013 “modello assistenziale integrato per la residenzialità delle aree sanitaria extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani, disabili e salute mentale – istituzione tavolo di confronto;
- DGR 1331/2014 “Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed enti gestori – modifica della DGR 1011/2013

Motivazione

Premessa: il percorso fatto.

Con Deliberazione n. 1195 del 2/08/2013 la Giunta regionale ha determinato le quote di compartecipazione a carico dell’utente in conformità a quanto disposto dal Dpcm 29 novembre 2001 (definizione dei livelli essenziali di assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale”. In questo modo si è data sistematica applicazione alla normativa nazionale dei livelli essenziali relativamente alle prestazioni socio-sanitarie al fine di superare tutti gli elementi di indeterminazione dell’offerta e di disomogeneità presenti nei servizi. Ciò ha comportato l’aggiornamento, e quindi la modifica in molti casi, delle percentuali di compartecipazione alla tariffa complessiva in base all’intensità dei livelli di assistenza rivisti anch’essi con la precedente DGR 1011/2013 relativamente all’accesso alle strutture socio-sanitarie a ciclo residenziale e semi residenziale per anziani, disabili e persone con problemi di salute mentale.

Al fine di sostenere l’eventuale impatto finanziario aggiuntivo a carico del Comune/utente, a seguito dell’applicazione della DGR 1195/2013, la Giunta ha valutato, nello stesso atto, la possibilità di avviare la sperimentazione di un “fondo di solidarietà” rivolto in particolare alle persone con disabilità finalizzato al sostegno alla compartecipazione tenendo eventualmente conto del nuovo regolamento nazionale concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell’ISEE.

Nel “verbale d’intesa sulle politiche di bilancio 2014 a sostegno del lavoro e della coesione sociale”, sottoscritto con le OO.SS. il 13 dicembre 2013, tale esigenza viene ripresa ed inserita nell’accordo che impegnava la Giunta, tra le varie cose, anche a “valutare l’impatto sull’utente della nuova ripartizione degli oneri all’interno delle rette per le prestazioni socio-sanitarie diurne e residenziali tra la quota sanitaria e la quota sociale e ad intervenire per coprire i maggiori oneri con fondi aggiuntivi laddove si verificassero variazioni a carico dell’utente, a favore di famiglie con reddito basso e medio, sulla base dell’indicatore Isee”.

Nel successivo “protocollo programmatico relativo al processo di riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario” sottoscritto con le OO.SS. il 17 febbraio 2014 (adottato con DGR 149/2014) tale impegno veniva ufficialmente ribadito.

Considerata la difficoltà a quantificare le reali necessità finanziarie utili a sostenere i Comuni in caso di incremento di richieste di compartecipazione da parte di cittadini incapienti per il pagamento della quota di tariffa a loro carico intervenuta a seguito dell’adozione della DGR in questione e i relativi criteri di utilizzo del Fondo di solidarietà con decorrenza 1 gennaio 2014, si ritenne di procedere nelle modalità illustrate nella nota inviata al direttore generale dell’ASUR il 16 gennaio 2014 (prot. 34068). In tale nota il Direttore veniva invitato a mantenere, nei contratti/convenzioni da avviare nel 2014, la stessa percentuale di compartecipazione indicata in quelli stipulati nell’anno 2013, riportando però, nel punto specifico degli stessi a questa dedicato, una clausola di allineamento alle indicazioni regionali quando, una volta avviata l’applicazione effettiva del decreto del governo sull’Isee verrà istituito il fondo di

solidarietà, quantificato l'importo e definiti i criteri di gestione dello stesso ferma restando la decorrenza dal 1 gennaio 2014.

Nel corso dei mesi successivi si è provveduto a lavorare sugli atti inerenti l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento al sistema tariffario per l'assistenza residenziale e semi residenziale approvato con DGR 1331/2014 assieme all'accordo sottoscritto dalla Regione Marche con le rappresentanze degli enti gestori, al governo della domanda, all'atto di fabbisogno e alla nuova normativa sull'autorizzazione e accreditamento in corso di elaborazione.

A seguito del confronto avviato con le OO.SS., con i componenti del tavolo attivato con la DGR 1260/2013 per la definizione del "modello assistenziale integrato per la residenzialità dell'area sanitaria extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani, disabili e salute mentale" e con le rappresentanze degli enti gestori delle strutture sociali si è provveduto ad avviare un percorso finalizzato alla quantificazione del "fondo" e alla definizione dei criteri di riparto e di utilizzo.

La quantificazione del Fondo, i criteri di riparto e di accesso

La quantificazione e la relativa gestione del fondo viene articolata in due modalità differenti di cui una transitoria e l'altra definitiva:

- Una gestione transitoria ha riguardato l'anno 2014 durante il quale si è proceduto nelle modalità indicate nella lettera inviata al direttore generale ASUR e cioè attraverso la restituzione da parte della Regione, con fondi di bilancio regionale di quanto dalla stessa speso, nelle modalità dell'anticipo, per la copertura della quota parte in carico al cittadini/Comune avendo avuto indicazione di prorogare le convenzioni 2014 alle stesse condizioni di quelle sottoscritte nell'anno 2013;
- Una gestione definitiva da avviare nell'anno 2015 con il trasferimento agli Ambiti Territoriali Sociali (di seguito ATS) del Fondo di solidarietà quantificato in base al numero di utenti in capo ai comuni dei singoli ATS. L'importo complessivo, quantificato in € è indicato come tetto massimo di spesa a disposizione degli ATS calcolato su utenti considerati tutti incapienti e quindi interamente a carico del Comune detratte le eventuali indennità di accompagnamento.

Con nota del 14 Ottobre 2014 (prot. 762146) i Dirigenti dei Servizi Salute e Politiche Sociali hanno inviato una nota agli enti gestori di strutture per disabili e persone con problemi di salute mentale chiedendo l'invio di informazioni indispensabili alla quantificazione del Fondo da ripartire successivamente tra gli Ambiti Territoriali Sociali.

Tali informazioni hanno permesso di avere non solo il numero di utenti accolti complessivamente nelle strutture, ma anche il Comune e quindi l'ATS di provenienza in qualità enti competenti all'eventuale sostegno finanziario ai propri cittadini residenti incapienti.

Con queste informazioni, assieme al dato, ugualmente richiesto, relativo alla quota giornaliera in capo al SSR e alla quota giornaliera in capo all'utente/comune, è stato definito l'importo complessivo del fondo.

Con l'approvazione della DGR n. 1331 del 25/11/2014 "accordo tariffe assistenza residenziale e semi residenziale tra Regione Marche ed enti gestori e modifica DGR 1011/2013" è stato possibile definire con chiarezza la tariffa di accesso ad ogni singola struttura e quindi la quota di compartecipazione in capo al comune/utente laddove incrementale per questi ultimi.

I criteri di riparto del Fondo agli Ambiti Territoriali Sociali, i criteri di accesso allo stesso e le modalità di utilizzo sono illustrati nelle "Linee guida per la gestione del Fondo di solidarietà riservato agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ed alle persone con problemi di salute mentale finalizzato al sostegno alla compartecipazione a carico degli utenti/comune" di cui **all'allegato A** della presente deliberazione.

La fase degli accordi.

Nell'incontro del 28 novembre 2014 con ANCI, del 22 dicembre 2014 con ANCI e Presidenti dei Comitati dei Sindaci degli ATS, in quello successivo a carattere più prettamente tecnico del 29.12.2014 e in un successivo confronto tecnico-politico del 10.02.2015 è stato discusso un accordo tra Regione Marche ed ANCI nel quale vengono indicati impegni reciproci in ordine alla implementazione del Fondo di solidarietà.

In data tali impegni vengono condivisi e riportati nel testo dell'accordo di cui all'**allegato B** che fa parte integrante della presente deliberazione sottoscritto in data ...

In data 23 gennaio 2015 l'Alleanza delle Cooperative Italiane (composta da AGCI solidarietà, Confcooperative federsolidarietà e Legacoopsociali) scriveva una nota nella quale venivano richieste alcune integrazioni all'"accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale fra Regione Marche ed associazioni enti gestori" sottoscritto dalle stesse in data 25 novembre 2014 approvato con DGR 1331/2014.

A seguito di tale nota veniva organizzato in data 13 febbraio 2015 un incontro per discutere le integrazioni proposte e verificarne assieme l'accogliibilità fermo restando il rispetto di quanto già deliberato e la invariabilità delle spese.

L'esito dell'incontro, e l'accordo raggiunto nel merito delle proposte di integrazione, veniva riportato nel "verbale dell'incontro tra Regione Marche che, di comune accordo, costituisce integrazione all'accordo di cui alla DGR 1331/2014 i cui contenuti sono riportati **nell'allegato C**.

Lo schema di convenzione.

Nell'allegato D della presente proposta di delibera viene riportato anche lo "schema per la stipula dell'accordo contrattuale tra Area Vasta/distretto sanitario, soggetto titolare dell'autorizzazione e ambito territoriale Sociale". Si tratta di indicazioni di carattere generale da mettere a disposizione dell'ASUR affinché la stessa elabori, sulla base delle indicazioni ivi riportate, le singole convenzioni da sottoscrivere con gli enti gestori per le varie tipologie di strutture di cui alla DGR 1331/2014.

Ciò premesso si propone:

Esito dell'istruttoria

- Di istituire il Fondo di Solidarietà riservato agli anziani non autosufficienti, ai disabili ed alle persone con problemi di salute mentale finalizzato a facilitare i comuni nelle funzioni di sostegno alle persone in condizioni di fragilità e a basso reddito inserite nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi residenziali, pubbliche e private per le quali trovino applicazione le quote di compartecipazione di cui al dpcm 29.11.2001
- Di stabilire in € l'importo del Fondo di Solidarietà per l'anno 2015
- Di approvare i criteri di riparto, le modalità di utilizzo e le procedure di rendicontazione del Fondo di Solidarietà che forma parte integrante e sostanziale del presente atto di cui **all'allegato A**;
- Di recepire l'accordo tra Regione Marche e ANCI di cui **all'allegato B**;
- Di approvare il Verbale dell'incontro tra Regione Marche e Alleanza delle Cooperative Italiane Marche (AGCI solidarietà, Confcooperative Federsolidarietà, Legacoopsociali) del giorno venerdì 13 febbraio 2015 di cui **all'allegato C**;
- Di approvare lo "schema per la stipula dell'accordo contrattuale tra Area Vasta/distretto sanitario. soggetto titolare dell'autorizzazione e ambito territoriale Sociale" **di cui all'allegato D**
- Di demandare al Dirigente del Servizio Sanità ogni ulteriore provvedimento attuativo.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

GIOVANI SANTARELLI

ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA

Si attesta la copertura finanziaria della presente deliberazione, con riferimento alla disponibilità di €
..... sul capitolo del bilancio

Il Responsabile

(
.....)

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA PF. PROGRAMMAZIONE SOCIALE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione

Il Dirigente PF Programmazione Sociale
Giovanni Santarelli

PROPOSTA DEI DIRIGENTI DEL SERVIZIO SANITA' E DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

I sottoscritti propongono alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione

Il Dirigente del Servizio Politiche Sociali
Sanità
Paolo Mannucci

Il Dirigente del Servizio
Piero Ciccarelli

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

GIUNTA

IL SEGRETARIO DELLA

Elisa Moroni

Allegato A

Linee guida per la gestione del “Fondo di solidarietà” riservato agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ed alle persone con problemi di salute mentale finalizzato al sostegno alla compartecipazione a carico degli utenti/comune

Definizione di Fondo di solidarietà.

Il “Fondo di solidarietà per gli anziani non autosufficienti, disabili, e persone con problemi di salute mentale è finalizzato a facilitare i Comuni nelle funzioni di sostegno alle persone in condizioni di fragilità e a basso reddito inserite nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi residenziali, pubbliche e private convenzionate di cui alle ll.rr. 20/2000 e 20/2002 per le quali trovi applicazione la quota di compartecipazione di cui al Dpcm 29 novembre 2001 “definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” come regolamentate dalla DGR 1331/2014.

L’entità di tale Fondo è definita nella misura necessaria a coprire l’incremento della quota di compartecipazione determinato dalla applicazione delle DD.GG.RR. n. 1011/2013, 1195/2013 e 1331/2014 rispetto agli accordi o convenzioni pregresse.

Fondo di solidarietà 2015

Con decorrenza 1.01.2015 il Fondo di solidarietà è trasferito agli Ambiti territoriali Sociali (d’ora in poi ATS) i quali lo utilizzano per il pagamento della quota parte della tariffa in capo al cittadino parzialmente o totalmente incapiente

La Regione, con le presenti “Linee guida”, definisce i criteri per il riparto del fondo tra i 23 ATS e indica le modalità di utilizzo dello stesso e la relativa rendicontazione.

Beneficiari del Fondo di solidarietà

I beneficiari del contributo regionale sono i cittadini per i quali sia prevista la compartecipazione alla spesa inseriti presso i seguenti servizi:

- **Strutture residenziali e semi residenziali per anziani non autosufficienti**
 - RSA anziani (ex l.r. 20/2000) – livello assistenziale R2.2 – quota in carico al SSR € 80,50 e quota compartecipazione in carico all’utente/comune € 42,50;
 - Centri diurni per demenze – Livello assistenziale codice SRD – 50% a carico del SSR e 50% quota di compartecipazione in carico all’utente/comune.
- **Strutture residenziali per disabili gravi (livello assistenziale codice RD3.1) 70% quota SSR e 30% quota compartecipazione in carico all’utente/comune:**
 - RSA disabili gravi (ex l.r. 20/2000);
 - Coser (ex l.r. 20/2002): nel periodo transitorio di cui al punto 2.1 dell’allegato A della DGR 1331/2014 rimangono inalterate le condizioni di cui alla DGR 23/2013 per cui vengono ricomprese tra i beneficiari del fondo di solidarietà a decorrere dalla effettiva trasformazione delle stesse in RD3;
 - RP disabili (ex l.r. 20/2002): nel periodo transitorio di cui al punto 2.1 dell’allegato A della DGR 1331/2014 valgono gli attuali standard assistenziali e tariffari per cui vengono ricomprese tra i beneficiari del fondo di solidarietà a decorrere dalla effettiva trasformazione delle stesse in RD3.
- **Comunità alloggio per disabili – livello assistenziale codice Rd4. – 40% quota SSR e 60% quota compartecipazione in carico all’utente/comune**

- Comunità protetta h24 – livello assistenziale codice SRP3.1.1 – 70% a carico del SSR e 30% quota compartecipazione in carico all'utente;
- Comunità protetta h24 – livello assistenziale SRPS.1.2 – 70% a carico del SSR e 30% quota compartecipazione in carico all'utente;
- Comunità protetta h12 – livello assistenziale codice SRP3.2 – 40% a carico del SSR e 60% quota compartecipazione in carico all'utente/comune.
- **Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno per Disabili (Cser):**

Con DGR 1331/2014 è stata aggiornata la tabella degli standard assistenziali delle strutture sociali e socio-sanitarie dell'area anziani, dell'area disabili e dell'area salute mentale di cui alla DGR 1011/2013. L'aggiornamento si è reso necessario per adeguare gli standard alle attuali esigenze gestionali fermo restando che per alcuni di essi si stava procedendo alla attivazione del necessario iter legislativo dato che si trattava di modificare requisiti minimi organizzativi di cui al regolamento regionale 1/2004 e s.m.i. della l.r. 20/2002.

Con l'approvazione della l.r.33/2014 si è proceduto in tal senso prevedendo, tra le altre cose, l'articolazione del Centro socio-educativo riabilitativo (Cser) in due livelli a diversa intensità assistenziale per una capacità massima ricettiva di 25 utenti rivolgendosi a soggetti in condizione di disabilità differenziata tale da prevedere modelli organizzativi diversi:

- a) il Cser a valenza socio-assistenziale che ospita soggetti con una moderata compromissione delle autonomie funzionali e con livello assistenziale codice SRDis. 1.2 privo di tariffa, ma con una quota in carico al SSR pari a € 15,10
- b) il Cser a valenza socio-sanitaria che ospita soggetti con una notevole compromissione delle autonomie funzionali con livello assistenziale codice SRDis. 1.1 – 70% quota SSR e 30% compartecipazione in carico all'utente con una capacità massima, per ogni Cser, di 10 utenti su una tariffa complessiva di € 62,00.

La situazione di particolare complessità della struttura in questione, finanziata ad oggi anche con fondi messi a disposizione dalla l.r., 18/96, richiede procedure particolari di individuazione e di utilizzo del Fondo di solidarietà rispetto alle altre strutture; procedure che si riportano di seguito:

- Per quanto riguarda gli Cser di cui al punto a) la normativa prevede una quota a carico del SSR di € 15,10 pro die pro capite. Non viene definita una tariffa complessiva, ma sulla base di standard assistenziali, definiti in maniera più dettagliata con l.r. 33/2014 a modifica del RR 1/2004 attuativo della l.r. 20/2002, viene ipotizzato un costo giornaliero complessivo a persona, comprensivo di trasporto, di € 62. Tale costo viene suddiviso in: **€ 15,10** in capo al SSR; **€ 18,60** in capo al cittadino/comune quale quota di compartecipazione da sottoporre ai criteri di accesso al fondo di solidarietà di cui al presente atto; **€ 28,30** in carico ai comuni comprensivo di trasporto ;
- Per quanto riguarda gli Cser di cui al punto b) la normativa prevede una tariffa complessiva di € 62,00 sulla base degli standard definiti in maniera più dettagliata con l.r. 33/2014 a modifica del R.R. 1/2004 attuativo della l.r. 20/2002. L'onere della tariffa viene suddiviso in una quota **di € 43,40** in capo al SSR (70%) e in una quota di **€ 18,60** in capo al cittadino/comune (30%) quale quota di compartecipazione da sottoporre ai criteri di accesso al fondo di solidarietà di cui al presente atto.

Criteri di riparto del Fondo di solidarietà:

Il criterio utilizzato per la suddivisione tra i 23 ATS del Fondo di Solidarietà per l'anno 2015 è riferito alla presenza effettiva delle persone accolte nelle strutture interessate dal Fondo di Solidarietà alla data del 1 ottobre 2014 distinte per comune di residenza individuate sulla base

delle risultanze della rilevazione effettuata dal Servizio Sanità e dal Servizio Politiche Sociali e Sport

Con successivo decreto il Fondo di Solidarietà viene ripartito agli ATS nelle modalità sopra riportate e liquidato, dietro rendicontazione, a conclusione dell'annualità di riferimento con possibilità di anticipi fino ad un massimo del 30% del riparto di competenza presunto, incrementabili fino al 75% dietro presentazione della stima dei costi effettivi calcolati in base alle presenze e alla reale compartecipazione in capo ai Comuni.

Negli anni successivi il riparto di competenza presunto sarà calcolato sulla base delle effettive quote di competenza dell'anno precedente.

Criteri di accesso al Fondo di Solidarietà.

I requisiti di accesso, regolamentati come di seguito riportato, entreranno in vigore dal 1.01.2015.

L'accesso al fondo è riservato unicamente ai cittadini utenti delle strutture di cui sopra nella misura necessaria a coprire l'incremento della quota di compartecipazione determinato dalla applicazione delle DD.GG.RR. n. 1011/2013, 1195/2013 e 1331/2014;

Considerato che ai sensi dell'art. 20 della l.r. 32/2014 l'assistito partecipa al costo delle prestazioni sulla base di livelli differenziati di reddito e patrimonio e che la Giunta regionale, per i servizi finanziati in tutto o in parte dalla Regione, fissa la soglia minima per l'esenzione totale dalla compartecipazione al di sotto del quale il comune di residenza dell'assistito assume interamente gli oneri per le prestazioni sociali, si stabilisce, con il presente atto a € 6.517,94 tale soglia specificando che:

- Nel caso di accesso ad ogni tipologia di struttura residenziale l'assistito partecipa al 40% se in possesso dell'indennità di accompagnamento **Oppure:** Nel caso di accesso ad ogni tipologia di struttura semiresidenziale l'assistito, se in possesso, partecipa con la quota parte dell'indennità di accompagnamento relativa alle ore di utilizzo effettivo della struttura. In tal caso la soglia minima viene ridefinita incrementandola dell'importo corrispondente a quanto coperto con la quota parte dell'indennità
- Nel caso di accesso ad ogni tipologia di struttura semi residenziale l'assistito partecipa al 30% se in possesso dell'indennità di accompagnamento

Per i redditi superiori a tale soglia si rinvia ai regolamenti comunali o, in caso fossero presenti, ai regolamenti di ATS di cui all'art. 20, comma 2 della l.r. 32/2014.

Agli assistiti, ai sensi dell'art. 20, comma 3 della l.r. 32/2014, è garantito il mantenimento di una quota del proprio reddito per il soddisfacimento delle esigenze di vita fissata, con il presente atto, in € 150,00.

Gli importi di compartecipazione sopra indicati, sia per le strutture residenziali che semi residenziali, sono calcolati sulla base delle rette approvate con DGR 1331/2014 e della quota di compartecipazione prevista per le tipologie di prestazione di cui si usufruisce.

Procedure per la gestione del fondo:

A far data dal **1 Gennaio 2015** la gestione del "Fondo di solidarietà" è affidata agli ATS che lo utilizzano per intervenire a sostegno del pagamento totale o parziale della rette di accesso alle strutture socio-sanitarie di cui alle presenti linee guida per cittadini totalmente o parzialmente incapienti.

Il percorso di accesso al contributo è così articolato:

- a) La domanda di accesso al fondo di solidarietà da parte dei soggetti anziani malati di alzheimer, disabili e con problemi di salute mentale è presentata all'Ufficio di Promozione Sociale (UPS) dell'ATS competente territorialmente;
- b) L'UPS valuta la situazione, verifica i requisiti di accesso e stabilisce la quota a carico dell'utente e la quota a carico del fondo di solidarietà sulla base del proprio regolamento fermo restando il rispetto delle indicazioni riportate nelle presenti linee guida relativamente alla individuazione della soglia minima al di sotto del quale il comune di residenza dell'assistito assume interamente gli oneri per le prestazioni sociali ad esclusione di tutta o di una quota parte di indennità di accompagnamento;
- c) La struttura emette fattura intestata all'utente e ne invia copia all'UPS riportando l'intera quota di compartecipazione distinta in quota a carico dell'utente e quota a carico del Fondo di solidarietà;
- d) L'UPS, procede ad autorizzare il comune di residenza dell'utente al pagamento del contributo previa attestazione da parte dell'utente/famiglia dell'avvenuto pagamento della quota a proprio diretto carico (se dovuta).

Rendicontazione e liquidazione del fondo all'ATS:

A conclusione dell'anno solare ogni ATS invia alla Regione il rendiconto delle spese effettivamente sostenute chiedendone la liquidazione o il saldo in caso di anticipo.

La documentazione raccolta viene messa a disposizione del "tavolo permanente di monitoraggio" a cui partecipano i soggetti, o loro delegati, firmatari degli accordi relativi alle tariffe (enti gestori di strutture residenziali e semi residenziali pubbliche e private) e all'utilizzo del fondo di solidarietà (ANCI)

Allegato B

Accordo sui processi di implementazione del Fondo di Solidarietà fra Regione Marche e Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Marche

Preso atto che

Con DGR 1195/2013 si è provveduto alla determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal Dpcm 29.11.2001 (definizione dei livelli essenziali di assistenza) per l'accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e persone con problemi di salute mentale e che nello stesso si prevedeva la possibilità di intervenire a sostegno dell'eventuale impatto finanziario aggiuntivo a carico dell'utente/Comune, a seguito dell'applicazione della nuova compartecipazione, con l'istituzione di un fondo di solidarietà;

Con DGR 149/2014 veniva approvato un accordo con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil il quale prevedeva, tra le altre cose, l'impegno della Regione a valutare l'impatto sull'utente della nuova ripartizione degli oneri all'interno delle rette per le prestazioni socio-sanitarie, diurne e residenziali, tra quota sanitaria e quota sociale e ad intervenire per coprire i maggiori oneri, con propri fondi aggiuntivi, laddove si verificassero, variazioni a carico dell'utente a favore delle famiglie con reddito basso e medio;

Con DGR 1331/2014 è stato approvato l'accordo tra Regione Marche ed associazione enti gestori Aris, Aiop RSA, Anaste, coordinamento cooperative sociali Marche e comitato regionale enti gestori strutture per anziani senza fine di lucro sulle tariffe relative all'assistenza residenziale e semiresidenziale dell'area anziani, disabili, psicopatologia dell'età evolutiva e salute mentale;

Rilevata

La necessità di seguire un percorso analogo con la rappresentanza degli enti gestori di strutture pubbliche che fa capo alla Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Marche allo scopo di arrivare ad un "Accordo sui processi di implementazione del Fondo di Solidarietà" nel rispetto di quanto previsto nella DGR 1195/2013 e nella DGR 1331/2014 integrativo di quello già sottoscritto tra la Regione Marche e le associazioni di enti gestori approvato anch'esso con DGR 1331 del 25.11.2014.

Richiamati

I numerosi incontri tenutisi tra Servizio Sanità e Servizio Politiche Sociali della Regione Marche e il Direttivo della Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Marche nei giorni 6.08.2014 – 28.11.2014 - 22.12.2014 – 10.02.2015 per giungere ad un accordo circa i criteri di utilizzo del Fondo di Solidarietà;

Condiviso che

In via sperimentale per l'annualità 2015 il Fondo di Solidarietà è finalizzato a facilitare i Comuni nelle funzioni di sostegno alle persone in condizioni di fragilità e a basso reddito inserite nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi residenziali, pubbliche e private convenzionate di cui alle ll.rr. 20/2000 e 20/2002 per le quali trovi applicazione la quota di compartecipazione di cui al Dpcm 29 novembre 2001 "definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" come regolamentate dalla DGR 1331 del 25.11.2014.

La quota di compartecipazione è calcolata sulla base delle tariffe per l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali della Regione Marche nei settori anziani, disabili e salute mentale approvate con DGR 1331 del 25.11.2014.

I costi sostenuti dai Comuni nel 2014 per le strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali interessate dal fondo di solidarietà rimarranno invariati nel 2015, per effetto delle compensazioni economiche complessive previste dalla Regione Marche

Le parti concordano quanto segue

1. Il “Fondo di solidarietà per gli anziani non autosufficienti, disabili, e per le persone con problemi di salute mentale” è finalizzato a facilitare i Comuni nelle funzioni di sostegno economico alle persone in condizioni di fragilità e a basso reddito inserite nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semi residenziali, pubbliche e private convenzionate di cui alle ll.rr. 20/2000 e 20/2002 per le quali trovi applicazione la quota di compartecipazione di cui al Dpcm 29 novembre 2001 “definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” come regolamentate dalla DGR 1331/2014. L'entità di tale Fondo è definita nella misura necessaria a coprire l'incremento della quota di compartecipazione della persona determinato dall'applicazione delle DD.GG.RR. n. 1011/2013, 1195/2013 e 1331/2014 2014 rispetto agli accordi o convenzioni pregresse.
2. I criteri di quantificazione e di erogazione nonché la decorrenza del trasferimento del Fondo di solidarietà agli Ambiti Territoriali Sociali e il relativo utilizzo tramite i Comuni dal 1.01.2015 - così come riportato nelle “linee guida per la gestione del Fondo di solidarietà” allegati alla proposta di Delibera di Giunta Regionale - sono condivisi.
3. Relativamente ai Centri socio-educativi-riabilitativi (Cser) di cui alla l.r. 20/2002 e successivo RR 1/2004 e s.m.i.:
 - a. la Regione si impegna a contribuire con il fondo del SSR nelle modalità di cui alla DGR 1331/2014 per il livello di intensità assistenziale SRDis.1.1 limitatamente ad un massimo di 10 posti di disabili gravi per ogni struttura autorizzata alla data odierna e quindi per un totale di 700 posti complessivi. Resta ferma la possibilità, compatibilmente con l'atto di fabbisogno e nel rispetto dei requisiti di cui alla l.r. 20/2002 e successivo R.R. 1/2004 e s.m.i., di rimodulare - nelle more della messa a regime del sistema di valutazione multidimensionale degli attuali ospiti - i posti per disabili gravi in base alla reale disponibilità degli stessi presso le medesime tipologie di strutture presenti nell'Ambito Territoriale Sociale di riferimento al fine di evitare inopportuni spostamenti dell'utenza in altre strutture;
 - b. I Comuni si impegnano a reinvestire le riduzioni di costi a proprio carico per garantire in via prioritaria il trasporto degli utenti dal proprio domicilio alla sede dello Cser. In caso di assenza di riduzioni di costi a carico dei comuni la Regione, su specifica richiesta del Comune fatta tramite l'ATS, interviene con propri fondi di bilancio, riservati dalla L.R. 18/96 ai trasporti, fino al 50% dei costi.
4. Viene definita in € 6.517,94 la soglia minima per l'esenzione dalla compartecipazione al di sotto della quale il Comune di residenza dell'assistito assume interamente l'onere della compartecipazione al pagamento della retta. Resta fermo però che l'utente il cui reddito e patrimonio risulta inferiore a detta soglia:
 - a. Nel caso di accesso ad ogni tipologia di struttura residenziale l'assistito compartecipa con l'indennità di accompagnamento se in possesso;
 - b. Nel caso di accesso ad ogni tipologia di struttura residenziale l'assistito compartecipa al 40% se in possesso dell'indennità di accompagnamento. Oppure “Nel caso di accesso ad ogni tipologia di struttura semiresidenziale l'assistito, se in possesso,

compartecipa con la quota parte dell'indennità di accompagnamento relativa alle ore di utilizzo effettivo della struttura. In tal caso la soglia minima viene ridefinita incrementandola dell'importo corrispondente a quanto coperto con la quota parte dell'indennità”

5. Per i redditi superiori a tale soglia si rinvia ai regolamenti comunali o, in caso fossero presenti, ai regolamenti di ATS di cui all'art. 20, comma 2, della l.r. 32/2014 nelle more della definizione di una griglia regionale da individuarsi, in maniera congiunta, dopo opportuna valutazione degli effetti dell'impatto della nova normativa sull'isee
6. Agli assistiti, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della l.r. 32/2014, è garantito il mantenimento di una quota del proprio reddito per il soddisfacimento delle esigenze di vita fissata in € 150,00.
7. Le tariffe indicate nell'accordo con gli enti gestori e ratificato dalla DGR 1331/2014 sono da intendersi escluse da IVA che verrà applicata, in aggiunta, se ed in quanto dovuta.
8. La Regione Marche organizza momenti formativi comuni per i dirigenti dei distretti sanitari e per i coordinatori di ambito per l'applicazione omogenea del nuovo sistema tariffario per le strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali.
9. I contenuti del presente accordo saranno oggetto di verifica dopo i primi sei mesi dalla firma del presente accordo.
10. La documentazione raccolta viene messa a disposizione del “tavolo permanente di monitoraggio” a cui partecipano i soggetti, o loro delegati, firmatari degli accordi relativi alle tariffe di cui alla DGR 1331/2014 e all'utilizzo del fondo di solidarietà di cui alla DGR

Per Regione Marche

Assessore alla Salute Assessore alle Politiche Sociali

Il Dirigente del Servizio Sanità

Il Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport

Per Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Marche

Il Presidente

Allegato C

Verbale dell'incontro tra

Regione Marche e Alleanza delle Cooperative Italiane Marche

(AGCI solidarietà, Confcooperative Federsolidarietà, Legacoopsociali)

del giorno **venerdì 13 febbraio 2015** presso sala riunioni servizio sanità (Vi piano palazzo Rossini)

oooooooooooooooooooo

All'incontro risultano presenti:

Per le cooperative sociali: Per Legacoop Gianfranco Alleruzzo, Diego Mancinelli e Vittorio Ondedei; per Confcooperative Federsolidarietà Giorgia Sordoni; per AGCI Paolo Pelosi

Per la Regione Marche: il dirigente del servizio Sanità Piero Ciccarelli, Il dirigente PF assistenza territoriale Carmine Di Bernardo, il Dirigente dott. Filippo Masera della PF assistenza Territoriale.

L'incontro, richiesto dalle centrali cooperative con nota del 23 gennaio 2015, è finalizzato a discutere alcune richieste di integrazione all'accordo sottoscritto tra Regione Marche e centrali cooperative in materia di tariffario regionale approvato con DGR 1331/2014.

Ad avvio di incontro viene però consegnato dalle centrali cooperative un ulteriore documento integrativo di quello già inviato di ulteriori due punti che si chiede di aggiungere al confronto.

Al termine di un lungo e intenso confronto tra le parti si giunge alla seguente sintesi che costituisce nota illustrativa ed esplicativa dell'accordo già sottoscritto.

Per quanto riguarda le Comunità socio-educative riabilitative (CoSer):

1. relativamente alla richiesta di articolare in due sottogruppi il livello assistenziale RD3 (Rd3.1 e Rd3.2) viene fatto presente che la riconversione graduale delle CoSer e delle RP disabili in RSA disabili – così come indicato nella tabella allegata alla DGR 1331/2014 – prevede una fase temporale di un massimo di 36 mesi durante i quali la Regione provvederà a definire, nell'ambito della nuova normativa sulle autorizzazioni e accreditamenti, le caratteristiche della nuova struttura “Cure riabilitative di mantenimento per disabili gravi” entro cui verranno raccolte tutte e tre le tipologie di struttura presenti (Rsa, Coser, RP) cui le attuali dovranno riautorizzarsi e riaccreditarsi.

LIVELLO ASS. e CODICE	DENOMINAZIONE (da individuare)	QUOTA SSR	QUOTA COMPARTECIPAZIONE COMUNE/UTENTE	
Cure riabilitative di mantenimento per disabili gravi RD3	Rsa Disabili Residenze Protette disabili CoSER Standard: 140m Assistenza globale	€ 84,40	€ 36,17	€ 120,57

2. Nel caso in cui presso le CoSer siano ospitati utenti afferenti alla tipologia RD1.3 (limitatamente alle gravi patologie a carattere involutivo di cui alle linee guida ministeriali per la riabilitazione del 1998) viene riconosciuta la tariffa corrispondente al livello RD1.3 previa valutazione dell'UVI. Il percorso è affidato al piano di adeguamento di cui al punto 2 dell'”Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale fra Regione Marche ed associazioni di enti gestori” di cui alla DGR 1331/2014 nel rispetto dei limiti e delle indicazioni nell'atto di fabbisogno.
3. Viene accolta la richiesta di eliminare i limiti di età anagrafica (65 anni) per la permanenza nei CoSer andando a modificare la delibera che definisce i criteri di utilizzo dei fondi di cui alla l.r.

18/96 e alla delibera che trasferisce i fondi regionali ai CoSer. Le aree vaste procederanno regolarmente a liquidare la compartecipazione SSR anche per utenti ultra 65enni

Per quanto riguarda i Centri Socio-educativi Riabilitativi per disabili (Cser):

1. Non viene accolta la richiesta di ridefinire lo standard previsto per le tipologie SRDis 1.1 (110') e SRDis 1.2 (70') perché in questo modo risulterebbero superiori al minutaggio dei livelli residenziali.
2. Relativamente alla richiesta avanzata dalle cooperative di definire una unica tariffa per SRDis 1.1 e SRDis 1.2 si fa presente che la questione è già oggetto di confronto con ANCI i cui contenuti sono analoghi a quelli richiesti;

Relativamente ai punti riportati nella parte finale della nota delle centrali cooperative si concorda quanto segue:

1. Non verrà prevista una rivalutazione Istat, ma un aggiornamento periodico delle tariffe
2. Relativamente all'IVA ci si accorda sulla frase concordata con ANCI in base alla quale "le tariffe indicate nell'accordo con gli enti gestori e ratificato dalla DGR 1331/2014, sono da intendersi escluse da IVA che verrà applicata in aggiunta se e in quanto dovuta";
3. Riequilibrio del budget assegnato: nell'ambito del budget assegnato alle singole Cooperative (imprese/enti), nei limiti del 15%, potranno essere effettuate redistribuzioni di budget tra le attività anche di differente livello assistenziale, per ogni singola struttura facente capo alla singola cooperativa. La redistribuzione, oltre che all'interno della singola struttura nei limiti del 15%, potrà essere effettuata d'intesa con il Direttore di Area Vasta, tra strutture diverse, anche facenti capo al medesimo gruppo societario, situate nella medesima Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste è facoltà dell'ASUR redistribuire il budget delle singole strutture sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso di esercizio, in tal caso la redistribuzione potrà avvenire solo previa comunicazione ad ASUR ed alle Aree Vaste, da effettuarsi entro il mese di settembre di ogni anno, dei volumi indicativi di attività e di budget previsti a consuntivo. Ciò anche nel rispetto dell'Atto di fabbisogno regionale delle strutture residenziali e semiresidenziali.
4. Per quanto riguarda le strutture di piccole dimensioni (area salute mentale) l'individuazione del livello di SRP in base al quale procedere alla fatturazione del costo di assistenza da parte degli enti gestori è affidato al DSM il quale verrà sollecitato dalla Regione a procedere in breve tempo. Verrà inoltre collegato il livello assistenziale al codice Orps.
5. Relativamente alla richiesta di mutare, laddove se ne presenti la necessità, minuti di infermiere in minuti di educatore e viceversa si rinvia alle tabelle allegate alla DGR 1331/2014 laddove, nella colonna degli standard assistenziali si fa presente, in nota a) che "i minuti assistenziali indicati devono intendersi come media per posto letto anche i fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. Sul singolo paziente, attesa la variabilità dei bisogni assistenziali, i minuti indicati per la tipologia di figura professionale, fermo restando il carico complessivo, saranno tarati sui bisogni individuali con uno scostamento massimo del 20% per tipologia di figura professionale".

ALLEGATO D

**Schema per la stipula dell'Accordo Contrattuale
tra
l'ASUR (Area Vasta n...../Distretto Sanitario n.),
Soggetto Titolare dell'autorizzazione/accreditamento” e
Ambito Territoriale Sociale di.....**

Tra l'ASUR/Area Vasta n...../Distretto Sanitario n. con sede in
..... rappresentata

da..... in qualità
di.....

Soggetto Titolare della Struttura denominata
(codici livello assistenziale es. R2, R3.....) con sede in.....
legalmente rappresentata da
cod. fisc./partita IVA n.....in qualità di (ruolo)
.....del (nominativo Soggetto titolare
dell'autorizzazione/accreditamento).....
.....

si stipula il seguente Accordo contrattuale ex art. 8 quinquies dgls 502/92 e s.m.i. per l' affidamento
del Piano di Prestazioni a valere per l' anno

Premesso

- Che il presente accordo si inserisce nell'ambito della programmazione integrata socio-sanitaria ai sensi delle dd.gg.rr. Marche 110/2015 e 111/2015
- Che ai sensi delle sopracitate delibere l'Ambito Territoriale Sociale n.....di
.....con sede in
rappresentata da..... in
qualità di..... costituisce
insieme al Distretto Sanitario di competenza il luogo deputato all'integrazione socio-sanitaria e che pertanto prende visione del presente accordo;
- Che la Struttura è presente sul territorio dell'Area Vasta n..... Distretto di
.....Ambito Territoriale Sociale n° di (capofila)
con ubicazione in

- Che la Struttura ha ottenuto l'autorizzazione e/o l'accreditamento istituzionale con provvedimento n.....del
- Che le parti hanno preso atto di quanto previsto, dalle disposizioni in essere, dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie e socio sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale.
- Che per l'esercizio delle attività oggetto del presente accordo trovano applicazione, per quanto non previsto dalle norme specifiche, la normativa nazionale e regionale di riferimento.

Premesso quanto sopra, le parti convengono e stipulano quanto segue:

Art. 1 (area di intervento)

Il presente accordo disciplina il rapporto tra l'ASUR/Area Vasta n.....ed il soggetto titolare della struttura.....
 ...ubicata nel territorio dell'ATS ndi
 per la gestione delle attività assistenziali, sanitarie, tutelari e alberghiere a favore di soggetti presi in carico dalla struttura stessa, per le tipologie assistenziali previste nel seguente art.2. Le parti determinano inoltre il volume massimo delle prestazioni contrattualizzabili e la relativa spesa annua così come riportato all'art. 7.

Art. 2 (prestazioni oggetto dell'accordo)

L' offerta assistenziale prevede un complesso di prestazioni integrato, coordinato e personalizzato di interventi in ambito sanitario e socio sanitario, rivolto a persone non autosufficienti, con esiti di patologie psico-fisiche, psichiatriche, sensoriali o miste in condizioni di stabilità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Per quanto sopra la Struttura.....erogherà prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito dei modelli assistenziali per i quali la struttura è stata autorizzata/accreditata di cui all'**Allegato 1**

Art. 3 (destinatari del servizio)

Il Servizio è rivolto a persone con problematiche (specificare)
accolte nelle Strutture di cui all'Allegato 1, e specificatamente (mettere il codice del livello assistenziale)
 Le prestazioni verranno erogate in favore di residenti dell'ambito territoriale dell' Area Vasta n....., nonché di persone residenti in altre Aree Vaste le cui prestazioni, a carico del S.S.R.

La struttura potrà erogare altresì, al di fuori del tetto di spesa fissato nel presente accordo e nel rispetto della sua capacità ricettiva, prestazioni anche a pazienti residenti in altre regioni d'Italia, fatturando direttamente alle Aziende Sanitarie di provenienza.

Art. 4 (modalità di accesso)

I percorsi che consentono l'accesso alle prestazioni assistenziali, oggetto del presente accordo, debbono prevedere la provenienza del paziente da:

- Dimissione ospedaliera, da reparti per acuti, di riabilitazione o lungodegenza;
- Dimissioni da strutture residenziali autorizzate e, ove ne sussistano i relativi manuali, accreditate;
- Domicilio, nei casi in cui le condizioni socio-ambientali-familiari e sanitarie sono tali da non rendere possibile la cura e la permanenza a domicilio;

L'ammissione e la prosecuzione alle prestazioni avverranno, ai sensi della dgr 110/20015, con la verifica dell'effettiva appropriatezza, sulla base di criteri di valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente, da parte delle Unità Valutative Integrate (UVI) del Distretto/Ambito Territoriale Sociale, dal DSM, per i pazienti di competenza. Nelle situazioni in cui il paziente sia residente in ambiti territoriali diversi dall' Area Vasta ove è ubicata la struttura, la valutazione e l'ammissione dell'ospite può essere delegata all' Unità Valutativa di competenza territoriale.

La domanda di accesso, sottoscritta dall'interessato o dal tutore/curatore/familiare, va presentata al PUA del Distretto, quale luogo che rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione territoriale del bisogno, in grado di garantire l'informazione/orientamento sulle opportunità e sulle tipologie di assistenza disponibili sul territorio. Il PUA, attraverso una funzione di triage sociosanitario indica la soluzione ai bisogni semplici e gestisce il raccordo con l'Unità Valutativa Integrata (UVI) per i bisogni complessi.

L'UVI, quale equipe multidisciplinare, attraverso appositi strumenti di analisi, effettua la valutazione multidimensionale da cui deriva un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, sulle patologie presenti, sulle condizioni di disabilità condizionanti l'autonomia personale e l'integrazione sociale, sulle risorse familiari e sulla situazione ambientale ed economica.

Le indicazioni emerse dalla valutazione forniscono le basi per la formulazione del PAI e per l'avvio della presa in carico da parte di servizi o strutture.

L'UVI segue nel tempo l'utente, monitorando l'evoluzione dei bisogni e l'appropriatezza della risposta assistenziale offerta ed aggiornando il PAI realizzato nei servizi e/o nelle strutture di accoglienza.

Art. 5 (requisiti e standard assistenziali)

I requisiti e gli standard di qualità da osservarsi per l'erogazione delle prestazioni, sono quelli stabiliti dalle norme nazionali e regionali in materia di prestazioni socio sanitarie, con particolare riferimento ai Manuali di Autorizzazione e Accredimento adottati dalla Regione Marche a cui viene fatto integrale rinvio. La Struttura trasmetterà annualmente al Distretto Sanitario di riferimento ed all'Ambito Territoriale Sociale interessato un prospetto riepilogativo su base nominativa del personale impiegato, distinto per qualifica, attività e relativo inquadramento contrattuale.

Art. 6 (documentazione e controlli)

La funzione di verifica e controllo sull'erogazione delle prestazioni avviene secondo quanto previsto dalla DGR 781/2014 e relativi decreti applicativi, nonché quanto previsto dalle normative nazionali e regionali vigenti.

L'ASUR/Area Vasta e l'ATS di competenza si riservano comunque di effettuare presso la Struttura, i controlli ritenuti più opportuni, sia a livello sanitario che amministrativo. al fine di verificare la corretta applicazione del presente accordo e delle norme di legge su cui esso si basa.

Art. 7 (budget e tariffe)

Le prestazioni assistenziali previste nell'Accordo sono quantificate e valorizzate sulla base delle seguenti tariffe pro capite/die, articolate per tipologia ed intensità assistenziale, inerenti l'area della residenzialità e della semiresidenziali approvate con il relativo atto regionale (inserire l'ultima delibera regionale vigente al momento della sottoscrizione)
.....

Per ognuno dei moduli autorizzati/accreditati prevedere la sottostante tabella secondo le specifiche della relativa Delibera di Giunta Regionale (inserire ultima DGR vigente).....

1° Modulo

Denominazione anagrafica della Struttura	Denominazione Tecnica della Struttura	Denominazione livello assistenziale e Codice	Posti letto totali accreditati	GG degenza convenzionate	Quota Sanitaria	Quota Sociale	Tariffa totale
---	--	---	---------------------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

					€.....	€.....	€.....
				

2° / 3° Modulo da ripetere come il primo.

Per quanto sopra, il tetto di spesa per l'anno della Struttura

..... è così composto:

- euro pari a giornate di degenza in qualità di quota per ogni singolo modulo attivato e convenzionato (inserire il numero complessivo di moduli da convenzionare con il relativo volume delle prestazioni (gg di degenza) da contrattualizzare;
- euro in qualità di quota complessiva per tutti i moduli afferenti al medesimo Titolare.

Nell'ambito del tetto di spesa complessivamente assegnato, potranno essere effettuate compensazioni/redistribuzioni tra le attività, anche di diverso livello assistenziale, all'interno della singola struttura.

Eventuali revisioni del tetto di spesa assegnato potranno essere fatte qualora intervengano, da parte della Regione Marche, modifiche delle relative tariffe. Analoghe revisioni potranno essere effettuate qualora norme di legge introducano quote di partecipazione diverse da quella vigenti da parte degli assistiti.

La Struttura si impegna a erogare le prestazioni concordate, distribuendole uniformemente e secondo necessità nel corso dell'anno solare.

Art. 8 (quota di compartecipazione)

Relativamente alla quota di compartecipazione si applica quanto previsto dagli atti regionali vigenti (indicare ultimo atto vigente in tema di compartecipazione).

Art. 9 (prestazioni alberghiere)

Le attività alberghiere incluse nella tariffa residenziale sono le seguenti:

- 1) Servizio di ristorazione

Occorre, dedicare particolare impegno e le necessarie risorse affinché il servizio di ristorazione risponda ai seguenti requisiti:

- Ambiente gradevole, confortevole e caratterizzato da uno scrupoloso rispetto delle condizioni igieniche delle strutture;
- Tempi per i pasti compatibili con i ritmi di vita delle persone al fine anche di poterli consumare alla giusta temperatura;
- Qualità e varietà dei cibi che si concreta anche con la possibilità di scelta e l'adozione di menù personalizzati per ospiti con esigenze particolari, vistati dall'Area Vasta competente per territorio. In ogni caso la scelta alimentare va prevalentemente orientata su cibi freschi (preferibilmente cucinati in loco), di stagione, provenienti dal territorio in modo da poter consentire, attraverso il recupero del vissuto, la rievocazione di sensazioni e ricordi, importante contributo al mantenimento dell'equilibrio psico-fisico dell'ospite;
- Sicurezza sanitaria che deve essere garantita mediante efficace controllo sanitario (documentale ed ispettivo) della qualità delle materie prime; controlli sulle modalità di preparazione, confezionamento e conservazione dei cibi, igiene del personale, dei locali e delle attrezzature;

2) Lavanderia

Include la gestione della biancheria piana e della biancheria personale degli ospiti.

3) Parrucchiere

Include le attività connesse con l'igiene personale: lavaggio e asciugatura (almeno settimanale) e taglio (almeno mensile).

4) Supplementi a richiesta dell'ospite

L'ospite, a richiesta, può essere inserito in camere con accessori ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa regionale per le strutture socio-sanitarie.

Riguardo a tali prestazioni gli ospiti devono essere dettagliatamente informati, all'atto dell'inserimento, in merito agli eventuali servizi (quali ad es. supplementi per camera singola e/o per camera con accessori ulteriori, etc.) che possono essere offerti dalle strutture residenziali con oneri a totale carico degli ospiti stessi, garantendone trasparenza e possibilità di scelta di usufruirne o meno.

Tali prestazioni:

- devono essere esplicitate e quantificate nel loro importo giornaliero a carico dell'utente;
- devono essere concordate fra l'utente e la struttura nell'ambito del contratto d'accoglienza, sottoscritto da entrambe le parti;

- devono essere rendicontate mensilmente all'utente, da parte della struttura residenziale erogante, specificando la tipologia del servizio/prestazione ed il relativo importo giornaliero richiesto all'utente.

Le AA.VV. dell'ASUR e gli Ambiti Territoriali, sulla base delle rispettive competenze, sono responsabili di garantire l'osservanza delle suddette disposizioni effettuando le necessarie azioni di vigilanza e, nel caso di reiterato accertamento di inadempienza, provvedono all'adozione degli opportuni provvedimenti relativamente all'accreditamento/autorizzazione delle strutture residenziali interessate.

Art. 10 (conservazione del posto)

Per le strutture Residenziali si garantisce la conservazione del posto per un massimo di 60 giorni di assenza complessiva nell'anno; L'Area Vasta corrisponderà alla struttura il 50% della quota spettante e l'ospite parimenti il 50 % della retta a proprio carico.

Per le strutture Semiresidenziali si garantisce la conservazione del posto per un massimo di 60 giorni di assenza nell'anno di cui massimo 30 consecutivi; per i primi trenta giorni si applicherà la tariffa per intero. Per i successivi 30 giorni l'Area Vasta corrisponderà alla struttura il 50% della quota spettante e l'ospite parimenti il 50 % della retta a proprio carico.

Art. 11 (contabilizzazione)

La Struttura si impegna ad inviare mensilmente all'Area Vasta n la contabilità mensile con distinzione per Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale di residenza della persona. Ogni contabilità sarà costituita:

- a) dalla fattura commerciale;
- b) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni erogate distinto per Area Vasta della ASUR Marche;
- c) dal prospetto riassuntivo delle prestazioni effettuate a pazienti extraregionali;

La liquidazione ed il pagamento delle fatture saranno effettuate, previo controllo sanitario e contabile, entro novanta giorni dalla loro ricezione nella misura massima di 1/12 del tetto di spesa di cui al punto 7), sempre se la struttura avrà presentato una fatturazione mensile corrente o pregressa per l'attività espletata superiore all'importo da corrispondere a titolo di acconto.

Scaduti i termini di pagamento senza che sia stato emesso il mandato, al creditore spetteranno, a fronte di specifica richiesta da parte, gli interessi moratori così articolati:

- fino al 180° giorno dalla data in cui la fattura è pervenuta l'applicazione degli interessi legali, di cui all'art.1284 C.C., fissati annualmente con Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, maturati alla data di emissione del mandato;

- dal 181° giorno, fino alla data di emissione del mandato, sono riconosciuti gli interessi dimora in misura pari al tasso fissato annualmente con decreto dei Ministri dell'Economia e delle Finanze e delle Infrastrutture e Trasporti.

Il mancato invio della documentazione indicata ai punti a), b), c), ovvero la rilevazione della incompletezza o imprecisione della stessa, danno luogo a sospensione dei pagamenti delle fatture interessate con l'interruzione dei termini previsti.

Art. 12 (flussi informativi)

Il debito informativo definito con i tracciati unici regionali, oltre che deve essere obbligatorio nei riguardi della Regione e dello Stato, rappresenta per l'Area Vasta il principale strumento per la programmazione, la verifica ed il controllo delle prestazioni erogate dalla Struttura.

Il debito informativo delle prestazioni tariffarie è assoluto nel rispetto dei seguenti principi:

- La struttura è tenuta al rispetto delle indicazioni regionali e nazionali in ordine alle modalità di compilazione della documentazione sanitaria.
- La struttura raccoglie e registra nel rispetto della tutela della privacy le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella certificazione clinica e/o in altra documentazione amministrativa e clinica; è altresì assicurato il rispetto delle indicazioni e delle modalità di codifica e di trasmissione – anche in via informatica – fornite dal competente ufficio di competenza salute.
- Funzionari ed incaricati dell'Area Vasta possono compiere, con preavviso non inferiore alle 48 ore lavorative, controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede della struttura. I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il Legale Rappresentante della struttura e con l'eventuale assistenza dei responsabili della documentazione in oggetto. Le modalità di controllo rispondono ai principi e alle linee guida fornite dalla Regione con DGRM 1212/04.
- Su richiesta scritta degli addetti al controllo deve essere rilasciata copia fotostatica della certificazione sanitaria, ovvero della documentazione oggetto del contenzioso.
- Qualora i rilievi non siano accolti, il Rappresentante Legale o suo delegato, potrà inoltrare entro 30 giorni le proprie controdeduzioni all'Area Vasta. Nel caso in cui il controllo duri più giornate, i 30 giorni decorreranno dall'ultimo giorno di controllo. Non saranno prese in considerazione, ai fini del procedimento, le controdeduzioni inviate oltre i termini descritti.

Art. 13 (contenzioso)

Eventuali inadempienze agli accordi di cui alla presente intesa saranno contestate dall'Area Vasta n per iscritto e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse; trascorso inutilmente il termine concesso, l'Area Vasta n ha facoltà di proporre la procedura di revoca dell'accreditamento.

Art. 14 (tutela della privacy)

La Struttura accreditata, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati relativi all'oggetto del presente accordo, si impegna a trattare i dati, di cui è titolare l'Area Vasta n e dei quali venga a conoscenza in esecuzione del contratto e nell'effettuazione delle operazioni e dei compiti ad essa affidati, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, di cui al D.Lgs n° 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

La Struttura accreditata garantisce, altresì, la compiuta osservanza di quanto disposto dall'Area Vasta nel regolamento privacy e l'adozione di tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare rischi di distruzione e perdita, anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta.

La Struttura accreditata assicura, in ogni caso, espressamente, che non effettuerà operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento verso soggetti terzi diversi dall'Ente committente, senza preventivo consenso dell'Ente stesso, laddove non rientrino tra quelle espressamente affidate alla Struttura stessa

L'Area Vasta n, per il tramite del referente privacy e/o dei responsabili del trattamento, ha la facoltà di richiedere alla Struttura accreditata e verificare, in qualunque momento, lo stato di applicazione della normativa sulla privacy.

Art. 15 (disposizioni transitorie e finali)

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alla normativa in materia regionale e nazionale.

Il presente "contratto" sarà registrato, solamente in caso d'uso, a cura dell'Area Vasta n secondo le procedure previste dalla legge.

Le spese di bollo e di registrazione saranno a carico della Struttura accreditata.

La sottoscrizione dell'accordo da parte della Struttura è efficace e vincolante al momento della sua apposizione. La sottoscrizione da parte dell'Area Vasta diviene efficace e vincolante al momento e subordinatamente all'approvazione dell'accordo stesso con determina del Direttore Generale dell'ASUR e del relativo controllo da parte della Giunta Regionale Marche ai sensi dell'art. 28 della L.R. n. 26/96.

Le azioni di committenza definite nell'accordo, stanti le necessità di gestione e di continuità del servizio, trovano diretta ed immediata applicazione. Nelle more della definizione dell'iter procedurale del piano delle prestazioni, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione del servizio, l'Area Vasta, sul piano dei rapporti economici, agirà conseguentemente alle disposizioni proprie della gestione provvisoria.

Il presente accordo sarà adeguato o se necessario ricontrattato qualora sopraggiungano diversi indirizzi o disposizioni a livello regionale e nazionale.

Luogo e data.....

Il Rappresentante Legale dell'Ente gestore_____

Il Direttore ASUR/Area Vasta

n.....

Il Coordinatore dell'ATS

n.....

LIVELLI DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

➤ Area della Residenzialità Anziani/Adulti

- RSA-Cure Intermedie (R2.1)
- RSA Demenze (R2D)
- RSA Anziani (R2.2)
- Residenza Protetta Demenze (R3.1)
- Residenza Protetta Anziani (R3.2)

➤ Area della Residenzialità Disabili

- Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili Gravi per Disabili Gravi (RD3)
- Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili privi sostegno familiare (RD4)

➤ Area Psicopatologia Età Evolutiva

- Età Evolutiva Livello Terapeutico Riabilitativo (RD2.1)
- Età Evolutiva Livello Socio Educativo Riabilitativo (RD2.2)

➤ Area della Residenzialità Salute Mentale

- Struttura Residenziale Terapeutica (SRP1.1.Intensivo)
- Struttura Residenziale Terapeutica (SRP1.2.Estensivo alto)
- Struttura Riabilitativa Residenziale (SRP2.1. Estensivo medio)
- Comunità Protetta h24 alta (SRP3.1.1)

- Comunità Protetta h24 media (SRP3.1.2)
- Comunità Protetta h12 (SRP3.2)
- Gruppi Appartamento (SRP3.3)
- **Area della Semiresidenzialità Anziani**
 - Centro Diurno Alzheimer (SRD)
 - Centro Diurno Anziani non autosufficienti (SR)
- **Area della Semiresidenzialità Disabili**
 - Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili Gravi (SRDis.1.1)
 - Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili a valenza prevalentemente sociale (SRDis.1.2)
- **Area della Semiresidenzialità Psicopatologia Età Evolutiva**
 - Età Evolutiva Semiresidenziale (SRDis.2)
- **Area della Semiresidenzialità Salute Mentale**
 - Centro Diurno (SSRP)

FASE TRANSITORIA

- **Area della Residenzialità Disabili (valevole dal 01/01/2015 al 31/12/2017)**
 - Residenze Protette
 - Co.S.E.R. (Comunità Socio Educative Riabilitative)
- **Area della Residenzialità Salute Mentale (valevole dal 01/01/2015 al 31/12/2016)**
 - Struttura Residenziale Terapeutica (SRT)
 - Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)
 - Comunità Protetta
 - Gruppo Appartamento

LIVELLI DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

➤ **Area della Residenzialità Anziani/Adulti**

- RSA-Cure Intermedie (R2.1)
- RSA Demenze (R2D)
- RSA Anziani (R2.2)
- Residenza Protetta Demenze (R3.1)
- Residenza Protetta Anziani (R3.2)

➤ **Area della Residenzialità Disabili**

- Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili Gravi per Disabili Gravi (RD3)
- Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili privi sostegno familiare (RD4)

➤ **Area Psicopatologia Età Evolutiva**

- Età Evolutiva Livello Terapeutico Riabilitativo (RD2.1)
- Età Evolutiva Livello Socio Educativo Riabilitativo (RD2.2)

➤ **Area della Residenzialità Salute Mentale**

- Struttura Residenziale Terapeutica (SRP1.1.Intensivo)
- Struttura Residenziale Terapeutica (SRP1.2.Estensivo alto)
- Struttura Riabilitativa Residenziale (SRP2.1. Estensivo medio)
- Comunità Protetta h24 alta (SRP3.1.1)
- Comunità Protetta h24 media (SRP3.1.2)

Comunità Protetta h12 (SRP3.2)

Gruppi Appartamento (SRP3.3)

➤ **Area della Semiresidenzialità Anziani**

Centro Diurno Alzheimer (SRD)

Centro Diurno Anziani non autosufficienti (SR)

➤ **Area della Semiresidenzialità Disabili**

Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili Gravi
(SRDis.1.1)

Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili a valenza prevalentemente sociale
(SRDis.1.2)

➤ **Area della Semiresidenzialità Psicopatologia Età Evolutiva**

Età Evolutiva Semiresidenziale (SRDis.2)

➤ **Area della Semiresidenzialità Salute Mentale**

Centro Diurno (SSRP)

FASE TRANSITORIA

➤ **Area della Residenzialità Disabili (valevole dal 01/01/2015 al 31/12/2017)**

Residenze Protette

Co.S.E.R. (Comunità Socio Educative Riabilitative)

➤ **Area della Residenzialità Salute Mentale (valevole dal 01/01/2015 al 31/12/2016)**

Struttura Residenziale Terapeutica (SRT)

Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)

Comunità Protetta

Gruppo Appartamento