

SCHEMA N.....NP/13469  
DEL PROT. ANNO.....2012



## REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore

**OGGETTO** : Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm.ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria.

**DELIBERAZIONE**

N.

941

IN

27/07/2012

del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA

DATA

### LA GIUNTA REGIONALE

**Richiamata la seguente normativa:**

- Legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);
- DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie);
- DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza);
- legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari);
- legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale);
- deliberazione di Consiglio regionale 1 agosto 2007 n. 35 (Piano sociale integrato regionale 2007-2010 – Legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) articoli 25 e 62;
- deliberazione di Consiglio regionale 30 settembre 2009 n. 22 (Piano sociosanitario regionale 2009-2011);
- deliberazione di Giunta regionale 9 ottobre 2009 n. 1346 (Rideterminazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza);
- deliberazione di Giunta regionale 18 dicembre 2009 n. 1848 (Indicazioni per l'applicazione della DGR 1346/2009 e della DGR 1347/2009);
- deliberazione di Giunta regionale 15 luglio 2011 n. 862 (Riordino del sistema della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera. Abrogazione della DGR n. 969/2008 "Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR n. 308/2005");
- deliberazione di Giunta regionale 29 dicembre 2011 n. 1749 (Integrazione e parziali modifiche alla DGR 862 del 15 luglio 2011 sulla residenzialità extraospedaliera);

**Ritenuto** opportuno precisare che i parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nella DGR 862/2011 e ss.mm.ii. e nelle sue integrazioni di cui al presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento laddove previsto;

**Considerato** che la DGR 1749/2011 demanda ad un successivo provvedimento ulteriori disposizioni relative all'area della Salute mentale, derivanti da approfondimenti su specifici aspetti evidenziati dalle ASL, dando mandato al Settore Prevenzione, Sanità pubblica e Fasce deboli per la predisposizione del provvedimento medesimo;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

**ATTO**

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

SMRES3

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE



**Atteso** che è altresì emersa l'esigenza che ciascuna ASL individui un Gruppo di coordinamento dipartimentale nell'area della salute mentale, composto da operatori del Dipartimento con particolare competenza nell'area dei servizi residenziali e semiresidenziali e da operatori delle strutture accreditate al fine di favorire l'integrazione e l'ottimizzazione delle risorse e nell'ottica del riconoscimento del ruolo che le strutture accreditate hanno nel sistema erogatore per la piena attuazione del processo di accreditamento istituzionale;

**Ritenuto** opportuno – a seguito delle risultanze degli approfondimenti effettuati – apportare le seguenti modifiche agli indirizzi per i trattamenti dell'area della salute mentale di cui all'Allegato 4 della DGR 862/2011 e ss.mm.ii.:

1. MODIFICA DEL PARAGRAFO I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI – PUNTO A. ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI, NEL MODO SEGUENTE:  
*Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) provvede all'inserimento in struttura avvalendosi del Gruppo di coordinamento dipartimentale ASL – Strutture accreditate, previa relazione clinica firmata dal medico referente del caso, in cui sono inserite diagnosi, prognosi, trattamento e la prevista durata del trattamento stesso. E' obbligatoria la compilazione del modulo per il consenso informato da parte dell'assistito o da chi ne ha la tutela.*
2. MODIFICA DEL PARAGRAFO I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI – PUNTO B. VERIFICHE PERIODICHE, COME SEGUE  
*I DSM effettuano verifiche semestrali sui trattamenti in atto.  
Il trattamento intensivo di norma è previsto, con riferimento alla letteratura in materia, della durata massima di 36 mesi.  
Le persone in trattamento intensivo da oltre 36 mesi devono essere rivalutate e inserite in idonea struttura con trattamento estensivo e tariffa conseguente.  
Nel caso straordinario che il paziente necessiti di ulteriori periodi di cura all'interno della comunità (comunque non superiori all'anno), tale richiesta – descritta e motivata - dovrà essere condivisa dal servizio inviante e dal responsabile della comunità.*
3. MODIFICA DEL PARAGRAFO II. TRATTAMENTI – PUNTO C. RICOVERI DI SOLLIEVO, COME SEGUE  
*Il ricovero di sollievo risponde ad un'esigenza di ospitalità temporanea dovuta a circostanze particolari e straordinarie da parte di persone assistite a domicilio dai familiari.  
Le ASL possono prevedere inserimenti per ricoveri di sollievo nel setting assistenziale adeguato al bisogno assistenziale della persona, programmando un idoneo numero di posti letto nelle strutture accreditate, che sono tenute ad accogliere tale tipologia di ospiti. Il setting assistenziale adeguato e la durata del ricovero sono valutati dai servizi competenti.  
L'accesso avviene attraverso le normali procedure di inserimento in struttura, e può essere autorizzato per un periodo massimo di 90 giorni non prorogabili.  
In quanto sostitutivo dell'assistenza familiare a domicilio, il ricovero di sollievo può essere erogato da strutture a bassa intensità assistenziale (Residenze protette, Alloggi protetti per AIDS, ecc.).  
Le strutture accreditate e a contratto concordano con il servizio competente la disponibilità di posti letto da destinare ai ricoveri di sollievo, che saranno utilizzati con le modalità previste dal PIA.*
4. MODIFICA DEL PARAGRAFO III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI – PUNTO B., COME SEGUE  
*Nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (RSA e RP) e per i soli posti a contratto, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura, al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza.*

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

**ATTO**

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

SMRES3



5. MODIFICA E INTEGRAZIONE DEL PARAGRAFO IV. TARIFFE SANITARIE, FARMACI E PRESIDII – PUNTO 2., COME SEGUE

*Per le persone con patologia psichiatrica o in condizioni di dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari in alternativa alla detenzione o sottoposte a misure di sicurezza e inserite in Comunità terapeutica o RSA, il DSMD concorda con la struttura ospitante, in base al trattamento personalizzato, un incremento della tariffa relativa alla tipologia d'offerta non superiore al 20%. , che sarà applicato in base ai seguenti criteri.*

**CRITERI PER L'APPLICAZIONE DELLA TARIFFA MAGGIORATA DEL 20% PER PAZIENTI AUTORI DI REATO**

*Si prevede la maggiorazione della tariffa data l'oggettiva e peculiare onerosità che comporta il trattamento dei pazienti autori di reato, che pongono problemi emotivi, tecnici e oggettivi straordinari e più precisamente:*

- *emotivi, in quanto le équipes impegnate in questi percorsi di cura debbono spesso confrontarsi con persone che hanno compiuto reati talvolta efferati e perturbanti. Il discontrollo e l'imprevedibilità comportamentale, tipici di questa popolazione patologica, inducono nei gruppi di lavoro dinamiche che richiedono uno specifico e continuativo lavoro di bonifica;*
- *tecnici, perché - come è noto - i disturbi antisociali, qualora la diagnosi sia tale, possono rivelarsi resistenti ad ogni forma di trattamento, come insegna la letteratura scientifica internazionale;*
- *oggettivi, perché tali pazienti, spesso a totale carico assistenziale delle Strutture accoglienti, necessitano di un attento supporto legale, accompagnamenti alle udienze, produzione di relazioni informative, contatti continui con Servizi di riferimento, Magistrati, Avvocati, funzionari UEPE e forze di PS.*

*Inoltre, queste persone a causa delle restrizioni giudiziarie, non potendo né dovendo essere trattate come detenuti, per poter fruire di uscite finalizzate ad attività riabilitative e risocializzanti devono essere accompagnate dagli operatori e sempre previa autorizzazione delle autorità competenti che, a tal fine, vanno consultate quasi quotidianamente.*

*Ciò premesso, posto che il mandato di cura deve essere sempre individualizzato e non essendo applicabile quanto sopra indistintamente a tutti i pazienti appartenenti a questa specifica popolazione, si individuano i seguenti criteri, soddisfatti la metà dei quali si riconosce la prevista maggiorazione, fino ad un massimo del 20%:*

- › *valutazione idoneità all'ingresso in struttura del paziente*
- › *contatti con Avvocati e Magistrati*
- › *contatti con le Forze dell'Ordine: gestione dei controlli in Struttura da parte dei medesimi, aggiornamenti, telefonate e invio di documenti per richiedere e segnalare le uscite*
- › *periodiche relazioni al Magistrato di Sorveglianza*
- › *richieste al Magistrato per permessi speciali (accertamenti sanitari, accompagnamenti presso i Servizi e/o le famiglie, ecc..)*
- › *incremento tempo-lavoro da parte degli Operatori dedicato al controllo e al contenimento*
- › *maggior attivazione emotiva nel gruppo di lavoro a causa di condotte aggressive, fonti di tensioni nel gruppo degli ospiti e degli Operatori.*
- › *costruzione del progetto di presa in carico del CSM di riferimento per pazienti non ancora noti ai Servizi stessi*
- › *accompagnamenti esterni.*

*Laddove il trattamento in continuità con le dimissioni dall'Ospedale psichiatrico giudiziario è finalizzato alla valutazione ed alla definizione del progetto riabilitativo, per tale periodo di osservazione è applicata la tariffa maggiorata del 20%.*

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

**ATTO**

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

SMRES3

PAGINA : 3

COD. ATTO : DELIBERAZIONE



6. MODIFICA DEL PARAGRAFO IV. TARIFFE SANITARIE, FORNITURE E PRESIDII – PUNTO 4., PRIMO CAPOVERSO, COME SEGUE

*Le Aziende Sanitarie Locali per i propri assistiti provvedono a fornire direttamente alle strutture i farmaci di tipo A e di tipo H presenti nel prontuario farmaceutico aziendale. Il prontuario farmaceutico sarà aggiornato periodicamente (almeno annualmente) a cura delle ASL.*

7. MODIFICA DEL PARAGRAFO V. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA – PUNTO 3., COME SEGUE

*Per i pazienti ospitati in Comunità alloggio ad utenza psichiatrica (CAUP), per i contratti in essere la tariffa è concordata tra ASL, Comuni ed Ente Gestore in relazione alla copertura assistenziale richiesta. Nel caso di esternalizzazione di propri servizi l'ASL procederà all'affidamento a terzi attraverso le procedure di evidenza pubblica e la tariffa sarà determinata dagli esiti di tali procedure.*

*La compartecipazione alla spesa a carico dell'utente è individuata come segue:*

- *per coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento(Legge 508/1988 e ss.mm.ii), con riferimento al punto 4.B della DGR 1848/2009, è pari a 16,00 euro/die;*
- *per coloro che non beneficiano di tale indennità l'importo della compartecipazione è concordato tra ASL, Comuni ed Ente Gestore;*
- *nelle CAUP in cui gli ospiti sostengono le spese per la conduzione della Comunità, gli stessi sono esentati dalla compartecipazione e gestiscono direttamente tali oneri impegnandosi a tenere la registrazione delle spese;*
- *nel caso di pazienti già inseriti in ospedali Psichiatrici, la quota di compartecipazione è pari a 5,00 euro/die.*

8. MODIFICA DEL PARAGRAFO VI. TABELLE DEI TRATTAMENTI, PARAMETRI ASSISTENZIALI – TABELLA FUNZIONE SVOLTA IN COMUNITÀ ALLOGGIO (CAUP) O ALLOGGI ASSISTITI, COME SEGUE

FUNZIONE SVOLTA IN COMUNITÀ ALLOGGIO (CAUP)		Modulo sino a 8 posti
<b>Utenti</b>	Persone con esiti stabilizzati di patologie psichiatriche che non necessitano di assistenza psichiatrica continuativa	
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni residenziali sociosanitarie terapeutiche e a carattere riabilitativo ed educativo (residenzialità leggera) fornite dal Centro di Salute Mentale o dal soggetto privato accreditato gestore della struttura, nell'ambito di programmi volti al raggiungimento di obiettivi nelle aree dell'autonomia della gestione della persona e dell'abitazione, delle risorse economiche e delle relazioni sociali.	
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Medico	2' – (14')	Presenza articolata su sette giorni
Infermiere /tecnico riabilitazione/educatore	7' – (49')	Presenza articolata su sette giorni
Totale	9' – (63')	
<b>Tariffa complessiva</b>	Concordata tra ASL, Comuni ed Ente Gestore, in relazione alla copertura assistenziale richiesta.	
<b>Compartecipazione</b>	<b>16,00 euro</b> (vedi paragrafo V "Compartecipazione alla spesa" - punto .3)	

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

**ATTO**

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

SMRES3

SCHEMA N.....NP/13469  
DEL PROT. ANNO.....2012



## REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore

**Ritenuto inoltre** di modificare la DGR 1749/2011

- al paragrafo SALUTE MENTALE della Premessa, come segue:  
*Nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (RSA e RP) e per i soli posti a contratto, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura, al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza.*
- l'allegato alla DGR 1749/2011 relativo a "Trattamenti a favore delle persone anziane" nella parte indicante il Responsabile Sanitario per le funzioni svolte in RSA e in RP di mantenimento (pag. 7), al fine di rispondere maggiormente alle esigenze dei diversi territori, come segue:  
*Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario, che deve possedere la specialità geriatrica o specialità affine (DM 31/1/1998) o esperienza quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate.*

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

### DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa che si richiamano integralmente,

- 1. di evidenziare** che i parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nella DGR 862/2011 e ss.mm.ii. e nelle sue integrazioni di cui al presente provvedimento, costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento laddove previsto;
- 2. di richiedere** a ciascuna Azienda Sanitaria Locale di costituire un Gruppo di coordinamento dipartimentale nell'area della salute mentale, composto da operatori del Dipartimento con particolare competenza nell'area dei servizi residenziali e semiresidenziali e da operatori delle strutture accreditate al fine di favorire l'integrazione e l'ottimizzazione delle risorse e nell'ottica del riconoscimento del ruolo che le strutture accreditate hanno nel sistema erogatore per la piena attuazione del processo di accreditamento istituzionale;
- 3. di apportare** le modifiche alla DGR 862/2011 e ss.mm.ii riferite ai trattamenti dell'area della salute mentale e ai trattamenti a favore delle persone anziane come indicate in premessa e riportate negli allegati al presente provvedimento.

----- FINE TESTO -----

Si attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile del presente atto.

Data - IL DIRIGENTE

(Dott. Sergio Schiaffino)

Data - IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Franco Bonanni)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Sig.ra Graziella Giusto)

Data - IL SEGRETARIO

**ATTO**

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

SMRES3

PAGINA : 5

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N..... NP/13469  
DEL PROT. ANNO .....2012



## REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore

**N. 941**

IN DATA : 27/07/2012

**OGGETTO** : Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm.ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria.

### DOCUMENTI ALLEGATI COSTITUITI DAL NUMERO DI PAGINE A FIANCO DI CIASCUNO INDICATE

#### ALLEGATO

- TRATTAMENTI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE
- TRATTAMENTI DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE

**PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI PAGINE N. 17**

----- FINE TESTO -----

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Sig.ra Graziella Giusto)

**ALLEGATO  
ALL'ATTO**

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA :

SMRES3

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

## Trattamenti a favore delle persone anziane

### I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

#### A. Accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali

Il Distretto Sociosanitario, anche attraverso le sue articolazioni sub territoriali, provvede alle procedure di avvio all'inserimento nelle strutture residenziali o a ciclo diurno. L'inserimento in struttura è effettuato previa:

- valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
- definizione degli indirizzi riabilitativi e/o terapeutico-assistenziali che concorrono alla realizzazione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA).

#### B. Strumenti di valutazione

Nella fase di accesso alle strutture i servizi ASL utilizzano la scheda AGED plus prevista dal debito informativo sociosanitario, aggiornata nel termine massimo dei sei mesi precedenti l'accesso.

Le rivalutazioni periodiche sono effettuate dalle strutture utilizzando la scheda AGED plus prevista dal debito informativo sociosanitario ministeriale.

#### C. Verifiche periodiche

Il Piano Individualizzato di Assistenza viene rivalutato semestralmente dalla struttura ospitante, o con tempi inferiori nel caso di significativi mutamenti delle condizioni psico-fisiche della persona assistita tali da comportare una variazione del livello di trattamento assistenziale.

Tale rivalutazione è soggetta ad obbligo di validazione da parte dell'ASL nel caso di cambiamenti significativi del livello di autonomia e di salute dell'assistito e di livello di assistenza. L'ASL provvede altresì ad una programmazione annuale di controlli e verifiche.

#### D. Continuità assistenziale

Al fine di assicurare la continuità assistenziale, prima di eventuali dimissioni, e con particolare riferimento alle dimissioni da RSA post acuti, i servizi procedono alla valutazione delle condizioni dell'assistito allo scopo di rilevare ulteriori fabbisogni assistenziali in relazione sia a servizi di residenzialità permanente, anche introducendo criteri trasparenti di priorità di accesso nei sistemi di gestione delle liste di attesa, sia a forme di cure domiciliari e accesso a centri diurni, sia a forme di assistenza e tutela sociale. Gli strumenti della continuità assistenziale vanno altresì utilizzati in particolare per rafforzare l'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali laddove si rilevino episodi transitori di riacutizzazione.

### II. TRATTAMENTI

#### A. Moduli assistenziali

1. Di norma, salvo le eccezioni indicate nel presente provvedimento, le strutture devono essere organizzate in moduli omogenei secondo l'intensità del trattamento, che garantiscano diverse gradualità di assistenza sanitaria, anche a salvaguardia degli stati di aggravamento degli ospiti, in modo da evitare trasferimenti traumatici in altre strutture.
2. La funzione sociosanitaria di mantenimento può essere svolta, in moduli omogenei, sia in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), sia in Residenze Protette (RP), purché queste ultime siano in possesso dei requisiti di personale e di organizzazione atti a svolgere tale funzione (l.r. 12/2006 art. 59 comma 2).

3. nelle strutture a ricettività limitata (composte da un unico modulo) e/o ubicate in zone collinari, montane possono coesistere livelli di diversa intensità assistenziale. La materia è regolata nei contratti tra ASL ed Ente gestore e deve trovare corrispondenza anche nell'autorizzazione al funzionamento
4. I Centri Diurni , tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare iscrizioni in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.
5. Nelle Residenze Protette per anziani con funzioni di lunga assistenza, qualora a seguito della rivalutazione si rilevi, per un numero di ospiti complessivamente non superiore al 20% della capacità totale della struttura, un aggravamento delle condizioni dell'ospite tale da richiedere un trattamento di maggiore intensità /mantenimento, sono riconosciuti i tempi assistenziali aggiuntivi.

#### **B. Tempi assistenziali**

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento per quanto riguarda gli infermieri professionali e gli operatori addetti all'assistenza sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.
2. Nella distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. I parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento laddove previsto.

#### **C. Ricoveri di sollievo**

Le ASL devono prevedere inserimenti per ricoveri di sollievo nel setting assistenziale adeguato al bisogno assistenziale della persona, programmando un adeguato numero di posti letto nelle strutture accreditate, che sono tenute ad accogliere tale tipologia di ospiti. Il setting assistenziale adeguato e la durata del ricovero sono valutati dai servizi competenti. In carenza di pazienti con tipologia di "sollievo" i posti vengono utilizzati per ricoveri "definitivi".

#### **D. Nuove tipologie assistenziali**

Nelle successive declaratorie dei trattamenti per persone anziane sono individuate nuove funzioni assistenziali o riformulate tipologie già esistenti, allo scopo da un lato di migliorare l'appropriatezza dei trattamenti, dall'altro di rispondere all'evoluzione dei profili di fabbisogno assistenziale, e precisamente:

- stati vegetativi e stati di minima coscienza (RSA post Acuzie)
- trattamenti in ambiente protesico (RSA di mantenimento) per persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, ed espressamente valutate dall'ASL.

#### **E. Debito informativo**

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.



### III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI

- A.** Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:
1. programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
  2. assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture;
  3. garantendo nei servizi per anziani la funzione di coordinamento dell'assistenza (infermiere professionale e – ad esaurimento laddove esistente – caposala) proporzionalmente al numero degli ospiti, e comunque nella misura di almeno un coordinatore nelle strutture con un numero di posti uguale o superiore a 60, compreso nei tempi assistenziali indicati per la funzione infermieristica.
- B.** Nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (RSA e RP) e per i soli posti convenzionati, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti, viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza;

#### **C. TARIFFE SANITARIE, FORNITURE E PRESIDI**

1. Per i ricoveri di sollievo la cui durata dovrà essere definita temporalmente in accordo con la ASL inviante al momento dell'ingresso è prevista la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente. Qualora l'ospite non venga dimesso al termine del periodo di sollievo lo stesso è tenuto al pagamento della retta intera. Questa eventualità dovrà essere esplicitata, accettata e sottoscritta dall'utente al momento del ricovero. Qualora la persona, pur occupando il posto non corrispondesse la quota dovuta, sarà cura della ASL assumere i dovuti provvedimenti.
2. Nelle strutture per anziani, nel caso di episodi acuti che richiedano il ricovero ospedaliero degli ospiti, la struttura è tenuta a conservare il posto, senza corresponsione di quota sanitaria, per un periodo non superiore a 5 giorni. Qualora il ricovero si protragga oltre i cinque giorni, per un periodo concordato con il servizio ASL competente viene corrisposto il 50% della tariffa sanitaria per un massimo di 30 giorni. Successivamente le strutture possono ritenere dimesso l'ospite o concordare con la famiglia l'eventuale mantenimento del posto in percentuale sulla tariffa complessiva.
3. Nei Centri diurni per anziani, per le assenze di una o più giornate tra quelle programmate sarà corrisposta una tariffa pari al 70% della tariffa sia sanitaria che di compartecipazione.
4. Sono confermati gli indirizzi in atto per la fornitura dei farmaci a carico delle ASL alle strutture (art. 8 Legge 405 del 16 novembre 2001) attraverso il prontuario farmaceutico aziendale, aggiornato con il coinvolgimento degli Enti Gestori. I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.) sono a carico delle ASL; lo stesso dicasi per le forniture protesiche comprese nell'Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario.

I prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti sono a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

5. Le ASL – ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati – stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale, nonché i motivi di rescissione del contratto. In casi particolari le ASL possono fare accordi locali con i Distretti Sociosanitari e i soggetti gestori per la definizione di un budget annuale fatte salve le tariffe ed i livelli assistenziali determinati dal presente provvedimento.

6. Le ASL, anche avvalendosi dello strumento contrattuale, concordano con gli Enti Gestori modalità di rimodulazione dell'offerta assistenziale ai fini di rispondere in modo tendenzialmente completo ai fabbisogni del territorio, limitando il ricorso agli inserimenti in strutture extraregionali all'ipotesi di non reperibilità di servizi e prestazioni sul territorio regionale. Qualora per esigenze specifiche la ASL richiedesse motivatamente alle strutture standard superiori a quelli stabiliti dal presente provvedimento, la stessa deve riconoscere alla struttura tariffe corrispondenti adeguate.

#### **IV. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

1. La compartecipazione alla spesa a carico dell'utente per i trattamenti a favore delle persone anziane indicati nel presente provvedimento, è individuata come segue:

l'importo base della compartecipazione alla spesa è pari a 42,00 euro/die annualmente adeguato in base al tasso di inflazione programmato e comprende i seguenti servizi, da garantirsi in ogni struttura autorizzata/accreditata/convenzionata:

- ricevimento e accoglienza ospiti;
- aiuto alla persona nello svolgimento di funzioni essenziali quali nutrizione, mobilità, socializzazione con individuazione di operatore dedicato referente/responsabile con funzioni di: accoglienza, referente per il soddisfacimento delle esigenze personali del paziente/ospite, referente/facilitatore per la famiglia, collegamento con i medici,...;
- animazione comprensiva di accompagnamenti all'esterno/uscite quando possibile;
- servizio nelle camere con disponibilità di arredi adeguati alle esigenze del paziente/ospite, pulizie e acquisto di materiali;
- pulizia e mantenimento degli ambienti comuni;
- cucina e ristorazione (acquisti, preparazione e distribuzione pasti con adeguato bilanciamento nell'apporto calorico-nutrizionale rispetto alle esigenze dell'ospite, rispettosi delle diete personalizzate e, ove necessario, supporto nell'assunzione degli stessi);
- lavanderia e stireria per la biancheria della residenza e per quella del paziente ospite in caso di in capienza economica dello stesso”.
- Eventuale trasporto per visite/prestazioni sanitarie ambulatoriali per pazienti deambulanti per i quali la ASL non fornisce servizio trasporto in ambulanza, lo stesso viene garantito dalla struttura.

Per i posti convenzionati l'importo base della compartecipazione non può essere inferiore a quello indicato. Laddove i servizi sopra indicati siano maggiormente personalizzati e/o qualitativamente superiori in base ad accordi con i Comuni e le ASL/DSS possono essere previsti incrementi fino al 30%, definiti utilizzando lo strumento di valutazione approvato con DGR 1795/2008 oppure altri strumenti già adottati dai Distretti sociosanitari e/o dai Comuni. Detti incrementi sono applicabili alla sola quota di compartecipazione alla spesa. La quota di compartecipazione praticata dalla struttura deve essere riportata nel contratto con la ASL.

2. In ogni tipologia di trattamento, la famiglia o chi ne fa le veci sottoscrive con la struttura ospitante un'impegnativa in merito ai costi a carico dell'utente.
3. Tutte le strutture devono rendere pubbliche le tariffe applicate, nella carta dei servizi o in altro materiale informativo che illustra la struttura ed i servizi prestati, a norma della L. 241/1990. Le informazioni sulle tariffe dovranno chiaramente indicare la quota sanitaria distinta dalla quota alberghiera.
4. In sede di valutazione del reddito dell'assistito da parte del Comune per accertare i costi a suo carico, va comunque garantita all'interessato una quota idonea a fronteggiare le primarie necessità della vita (di norma 150 euro mensili, fatti salvi eventuali scostamenti determinati da specifici obiettivi/esigenze nell'ambito del PIA).
5. La compartecipazione alla spesa individuata dal presente provvedimento non è applicabile per le strutture extraregionali, dove valgono le normative emanate dalle Regioni in cui sono ubicate tali strutture.

**V. TABELLE DEI TRATTAMENTI E PARAMETRI ASSISTENZIALI**

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti a favore delle persone anziane previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

ANZIANI		livello: TRATTAMENTI DI RECUPERO PER LA FASE POST ACUZIE	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN RSA</b>		Modulo 20/25 posti*	
<b>Utenti</b>	Anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali, polipatologie e patologie oncologiche non richiedenti cure di tipo ospedaliero o cure erogate dall'hospice. Il trattamento di recupero per la fase post acuzie di norma non è superiore a 30 giorni, prorogabili a 60 giorni previa valutazione dell'UVM. Soltanto nei casi di comprovata necessità riabilitativa, il termine può essere ulteriormente prorogato di 30/60 giorni, previa esplicita autorizzazione dell'UVM, con compartecipazione a carico dell'utente dal 60° al 90°/120° giorno.		
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero a termine.		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
Responsabile Sanitario	10' – (70')	a) 4' Responsabile Sanitario medico geriatra o specialista in discipline equipollenti (D.M 30/01/1998 ess.mm.ii) o esperienza quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate b) 6' medico non specialista/die	
Medico			
Fisioterapista	23' – (161')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale in affiancamento al fisioterapista).	
Infermiere	42' – (294')	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere per struttura.	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	90' – (630')	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).	
<b>Totale</b>	<b>165' – (1.155')</b>		
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>111,72 euro</b>	Qualora si protragga la permanenza nella struttura riabilitativa dopo la cessazione del progetto terapeutico, e comunque dal 60° al 90°/120° giorno, la tariffa complessiva è pari a 111,72 euro, di cui 69,72 euro di quota sanitaria e 42,00 euro a carico dell'assistito.	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN RSA – MODULO PER STATI VEGETATIVI E STATI DI MINIMA COSCIENZA</b>		Modulo 5/10 posti*	
<b>Utenti</b>	Anziani in stato vegetativo persistente (da 3-6 mesi) e/o in stato di minima coscienza quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il quadro clinico sia stabilizzato, il programma terapeutico definito, la riabilitazione intensiva completata con passaggio alla fase della Cronicità e vi sia una impossibilità di dimissione al domicilio.		
<b>Prestazioni</b>	Gestione delle comorbidità premorbuse o secondarie alla fase intensiva, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero/mantenimento dello stato di coscienza ed attrezzature per il monitoraggio e la sorveglianza del paziente. Deve essere garantita la consulenza specialistica necessaria alla multidisciplinarietà della presa in carico.  Il modulo è di norma inserito in una struttura plurimodulare a diversa intensità assistenziale		

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile Sanitario	10' – (70')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario
Medico geriatra o specialità equipollente		
Fisioterapista	35' – (245')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, in affiancamento al fisioterapista )
Infermiere	75' – (525')	Nelle strutture monomodulari nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere; nelle strutture plurimodulari a diversa intensità assistenziale deve essere comunque garantita la presenza infermieristica.
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	100' – (700')	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).
<b>Totale</b>	<b>220' – (1.540')</b>	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>180,04 euro</b>	
<b>ANZIANI</b>	<b>livello: TRATTAMENTI SOCIOSANITARI DI MANTENIMENTO</b>	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN RSA O IN RP</b>	<b>Modulo 20/25 posti*</b>	
<b>Utenti</b>	Anziani con esiti cronicizzati da polipatologie e da deficit cognitivi. Punteggio AGED maggiore di 16.	
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per anziani non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza; assistenza medica, infermieristica, tutelare, attività rieducative e di animazione. Sono compresi in questa tipologia anche i ricoveri di sollievo.	
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile sanitario medico	4' – (28')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario che deve possedere la specialità geriatrica o specialità affine (D.M 31/01/1998 e ss.mm.ii.) o anzianità quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate.
Fisioterapista	6' – (42')	Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, In affiancamento al fisioterapista)
Infermiere	26' – (182')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza di un infermiere per struttura fino a 60 posti, anche con reperibilità in struttura con la possibilità di inserirlo in turno attivo dalle 21.00 alle 7.00.
Animatore	3' – (21')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	88' – (616')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore (OSS/OSA/OTA) per struttura e in ogni caso ogni 40 posti.
<b>Totale</b>	<b>127' – (889')</b>	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>46,24 euro</b>	
<b>Compartecipazione base</b>	<b>42,00 euro</b>	

**FUNZIONE SVOLTA IN RSA IN AMBIENTE PROTESICO**

Modulo 15/25 posti

**Utenti** Persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, espressamente valutate dall'ASL.

**Prestazioni** Il modulo dotato di ambiente protesico è di norma inserito in strutture che provvedono anche ad altri trattamenti assistenziali nell'area della residenzialità (RSA) o della semiresidenzialità (C.D.II° livello). Adotta un modello di cura che mira a creare un adattamento ambientale flessibile tra le persone affette da demenza e lo spazio fisico, i programmi e le persone significative con le quali il malato deve interagire.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile Sanitario	6' – (42')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario
Medico geriatra o specialità equipollente		
Neuropsicologo	4' – (28')	
Infermiere	20' – (140')	Nelle strutture monomodulari nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere. Nelle strutture plurimodulari a diversa intensità assistenziale deve essere comunque garantita la presenza infermieristica.
Terapista occupazionale	14' – (98')	
Animatore	10' – (70')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	106' – (742')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).
<b>Totale</b>	<b>160' – (1.120')</b>	

**Tariffa sanitaria** 57,02 euro

**Compartecipazione base** 42,00 euro

**FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 2° LIVELLO**

Modulo 10/20 posti

**Utenti** Persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, espressamente valutate dall'ASL.

**Prestazioni** Prestazioni sanitarie e di riabilitazione attuate in ambiente protesico e con metodologia specifica per pazienti con prevalenti disturbi cognitivi. Assistenza infermieristica, tutelare, supporto psicologico, attività rieducative e di animazione.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Psicologo/neuropsicologo	4' – (20')	
Infermiere	3' – (15')	
Laureato in scienze motorie, educatore, animatore, terapista occupazionale	30' – (150')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	90' – (450')	
<b>Totale</b>	<b>127 – (635')</b>	

**Tariffa sanitaria** 32,84 euro

**Compartecipazione** 12,35 euro

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

ANZIANI **livello: TRATTAMENTI DI LUNGO-ASSISTENZA**

**FUNZIONE SVOLTA IN RESIDENZA PROTETTA**

Modulo 25/30 posti\*

**Utenti** Anziani con esiti cronicizzati di patologie senili. Punteggio AGED da 10 a 16.

**Prestazioni** Prestazioni residenziali con assistenza sanitaria di medicina generale, assistenza infermieristica e tutelare, di animazione e socializzazione.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile sanitario	2' - (14')	Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario
Medico		
Tecnico della riabilitazione	5' - (35')	Con formazione professionale orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es.: fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, in affiancamento al fisioterapista)
Infermiere	9' - (63')	
Animatore	3' - (21')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	61' - (427')	Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore ogni 40 posti (infermiere/OSS/OSA/OTA). Nelle strutture organizzate su più piani è garantita di norma la presenza di un operatore aggiuntivo a tutela degli ospiti e degli operatori.  Se l'operatore non è infermiere, deve essere garantita la reperibilità infermieristica, anche con reperibilità in struttura con la possibilità di inserimento in turno attivo.
<b>Totale</b>	<b>80' - (560')</b>	

**Tariffa sanitaria** 28,71 euro

**Compartecipazione base** 42,00 euro

**FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 1° LIVELLO**

Modulo 15/25 posti

**Utenti** Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica, senza prevalenti disturbi cognitivi.

**Prestazioni** Prestazioni diurne di carattere infermieristico, tutelare e di aiuto alla persona, attività occupazionali, di animazione e riattivazione motoria.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
Infermiere	3' - (15')
Animatore	15' - (75')
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate con compiti assistenziali previste dai contratti	60' - (300')
<b>Totale</b>	<b>78' - (390')</b>

**Tariffa sanitaria** 18,59 euro

**Compartecipazione** 15,31 euro

\* PER LE STRUTTURE GIÀ ESISTENTI, CON RIGUARDO PARTICOLARE A QUELLE DELL'ENTROTERRA, E' PREVISTA UNA DEROGA PER I MODULI CHE POSSONO PREVEDERE NUMERI INFERIORI O SUPERIORI SE GIÀ AUTORIZZATE AL MOMENTO DELL'ADOZIONE DEL PRESENTE PROVVEDIMENTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

## Trattamenti dell'area della salute mentale

### I. INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

#### A. Accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) provvede all'inserimento in struttura avvalendosi del Gruppo di coordinamento dipartimentale ASL – Strutture accreditate, previa relazione clinica firmata dal medico referente del caso, in cui sono inserite diagnosi, prognosi, trattamento e la prevista durata del trattamento stesso. E' obbligatoria la compilazione del modulo per il consenso informato da parte dell'assistito o da chi ne ha la tutela.

#### B. Verifiche periodiche

I DSMD effettuano verifiche semestrali sui trattamenti in atto.

Il trattamento intensivo di norma è previsto, con riferimento alla letteratura in materia, della durata massima di 36 mesi.

Le persone in trattamento intensivo da oltre 36 mesi devono essere rivalutate e inserite in idonea struttura con trattamento estensivo e tariffa conseguente.

Nel caso straordinario che il paziente necessiti di ulteriori periodi di cura all'interno della comunità (comunque non superiori all'anno), tale richiesta, motivata e descritta, dovrà essere condivisa dal servizio inviante e dal responsabile della comunità.

#### C. Continuità assistenziale

In base alla rivalutazione del progetto individualizzato i servizi procedono, con la struttura ospitante, ad assicurare la continuità assistenziale tra i diversi livelli di assistenza prevedendo percorsi prioritari integrati con i servizi sociali distrettuali che consentano una flessibilità della presa in carico dalla riabilitazione, ai trattamenti sociosanitari di mantenimento e ai trattamenti di lungo-assistenza.

In caso di eventuali riacutizzazioni della patologia la struttura potrà fare riferimento al SPDC del territorio in cui la struttura è ubicata dandone tempestiva comunicazione al servizio inviante.

### II. TRATTAMENTI

#### A. Moduli assistenziali

1. Le strutture, ad eccezione della Comunità terapeutica riabilitativa psichiatrica (CTR) e della Struttura extra-ospedaliera post-acute (SEPA), possono essere organizzate in moduli di diverso livello di intensità di cura per poter garantire contemporaneamente diverse forme di trattamento e sviluppare percorsi individualizzati più consoni al recupero e al reinserimento sociale della persona.
2. La funzione sociosanitaria di mantenimento può essere svolta, in moduli omogenei, sia in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), sia in Residenze Protette (RP), purché queste ultime siano in possesso dei requisiti di personale e di organizzazione atti a svolgere tale funzione (l.r. 12/2006 art. 59 comma 2).
3. I Centri Diurni e le strutture semiresidenziali, tenuto conto del tasso di assenza, possono accettare iscrizioni in misura maggiore dei posti autorizzati, mantenendo le presenze giornaliere nel numero dei posti autorizzati.

#### B. Tempi assistenziali

1. I tempi assistenziali per ciascuna persona indicati nel presente provvedimento sono da intendersi come attività di cura e assistenza prestate direttamente alla persona (residenzialità 7 giorni su 7, semiresidenzialità almeno 5 giorni su 7) e devono essere rispettati anche durante i periodi di sostituzione per malattie, ferie e aspettative del personale. Tale tempistica permette di determinare le unità di operatori che devono garantire la continuità

assistenziale quali-quantitativa (turnistica) nei moduli della residenzialità (24 h) e semiresidenzialità (almeno 7 ore). È escluso il personale addetto alle attività alberghiere e ai servizi amministrativi.

2. Nell'ambito della distribuzione dei tempi assistenziali nelle 24 ore, la struttura assicura nell'ambito dei parametri di presenza di personale abilitato la sorveglianza per la prevenzione delle emergenze sanitarie e dei rischi ambientali (incendi, etc.).
3. Nella tempistica del medico della struttura indicata nelle declaratorie sono compresi i tempi per la funzione organizzativa di responsabile sanitario del presidio.
4. I parametri di personale e di tempi assistenziali quotidiani per i trattamenti praticati a favore di ciascuna persona in assistenza indicati nel presente provvedimento costituiscono requisito per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e a ciclo diurno.

#### **C. Ricoveri di sollievo**

Il ricovero di sollievo risponde ad un'esigenza di ospitalità temporanea dovuta a circostanze particolari e straordinarie da parte di persone assistite a domicilio dai familiari.

Le ASL possono prevedere inserimenti per ricoveri di sollievo nel setting assistenziale adeguato al bisogno assistenziale della persona, programmando un idoneo numero di posti letto nelle strutture accreditate, che sono tenute ad accogliere tale tipologia di ospiti.

Il setting assistenziale adeguato e la durata del ricovero sono valutati dai servizi competenti.

L'accesso avviene attraverso le normali procedure di inserimento in struttura, e può essere autorizzato per un periodo massimo di 90 giorni non prorogabili.

In quanto sostitutivo dell'assistenza familiare a domicilio, il ricovero di sollievo può essere erogato da strutture a bassa intensità assistenziale (Residenze protette, Alloggi protetti per AIDS, ecc.).

Le strutture accreditate e convenzionate concordano con il servizio competente la disponibilità di posti letto da destinare ai ricoveri di sollievo, che saranno utilizzati con le modalità previste dal PIA.

#### **D. Nuove tipologie assistenziali**

I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze in accordo con la struttura accreditata ospitante possono, oltre a quanto già previsto nelle declaratorie dei diversi livelli di assistenza, avvalersi di percorsi di recupero che prevedano una flessibilità della presa in carico. In tale ottica si possono sviluppare percorsi individualizzati più consoni al recupero e al reinserimento sociale della persona.

#### **E. Debito informativo**

In base alle indicazioni di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, le strutture ospitanti devono tenere una documentazione per ciascun ospite nella quale si evidenzia lo sviluppo dei processi di accoglienza ed erogazione del servizio e progettazione individualizzata. La non ottemperanza al debito informativo comporta la sospensione del pagamento dei trattamenti e la decadenza del contratto.

### **III. QUALITÀ ASSISTENZIALE E FIGURE PROFESSIONALI**

#### **A. Nei servizi residenziali e semiresidenziali deve essere valorizzata la qualità della cura e la vivibilità ambientale anche:**

1. programmando la realizzazione di corsi di nuova formazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) e di riqualificazione per coloro che già operano nelle strutture, ai quali saranno riconosciuti crediti formativi;
2. assicurando l'aggiornamento del personale in servizio nella materia relativa alla tipologia degli ospiti da parte delle strutture.

#### **B. Nelle strutture accreditate di residenzialità permanente (RSA e RP) e per i soli posti convenzionati, viene sospesa l'assistenza del Medico di Medicina Generale e la sua funzione nei confronti degli ospiti occupanti tali posti, viene assolta dal Responsabile Sanitario della struttura al quale è assegnato il ricettario limitatamente alla loro assistenza.**



#### IV. TARIFFE SANITARIE, FARMACI E PRESIDII

1. Nelle strutture dell'area della salute mentale, in caso di assenza motivata da ricoveri per episodi acuti o da permessi terapeutici concordati con il servizio inviante, la tariffa sanitaria è diminuita del 25% per massimo 30 giorni continuativi.
2. Per le persone con patologia psichiatrica o in condizioni di dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari in alternativa alla detenzione o sottoposte a misure di sicurezza e inserite in Comunità terapeutica o RSA, il DSMD concorda con la struttura ospitante, in base al trattamento personalizzato, un incremento della tariffa relativa alla tipologia d'offerta non superiore al 20%, che sarà applicato in base ai seguenti criteri.

##### CRITERI PER L'APPLICAZIONE DELLA TARIFFA MAGGIORATA DEL 20% PER PAZIENTI AUTORI DI REATO

Si prevede la maggiorazione della tariffa data l'oggettiva e peculiare onerosità che comporta il trattamento dei pazienti autori di reato, che pongono problemi emotivi, tecnici e oggettivi straordinari e più precisamente:

- *emotivi*, in quanto le équipe impegnate in questi percorsi di cura debbono spesso confrontarsi con persone che hanno compiuto reati talvolta efferati e perturbanti. Il discontrollo e l'imprevedibilità comportamentale, tipici di questa popolazione patologica, inducono nei gruppi di lavoro dinamiche che richiedono uno specifico e continuativo lavoro di bonifica;
- *tecnici*, perché - come è noto - i disturbi antisociali, qualora la diagnosi sia tale, possono rivelarsi resistenti ad ogni forma di trattamento, come insegna la letteratura scientifica internazionale;
- *oggettivi*, perché tali pazienti, spesso a totale carico assistenziale delle Strutture accoglienti, necessitano di un attento supporto legale, accompagnamenti alle udienze, produzione di relazioni informative, contatti continui con Servizi di riferimento, Magistrati, Avvocati, funzionari UEPE e forze di PS.

Inoltre, queste persone a causa delle restrizioni giudiziarie, non potendo né dovendo essere trattate come detenuti, per poter fruire di uscite finalizzate ad attività riabilitative e risocializzanti devono essere accompagnate dagli operatori e sempre previa autorizzazione delle autorità competenti che, a tal fine, vanno consultate quasi quotidianamente.

Ciò premesso, posto che il mandato di cura deve essere sempre individualizzato e non essendo applicabile quanto sopra indistintamente a tutti i pazienti appartenenti a questa specifica popolazione, si individuano i seguenti criteri, soddisfatti la metà dei quali si riconosce la prevista maggiorazione, fino ad un massimo del 20%:

- › *valutazione idoneità all'ingresso in struttura del paziente*
- › *contatti con Avvocati e Magistrati*
- › *contatti con le Forze dell'Ordine: gestione dei controlli in Struttura da parte dei medesimi, aggiornamenti, telefonate e invio di documenti per richiedere e segnalare le uscite*
- › *periodiche relazioni al Magistrato di Sorveglianza*
- › *richieste al Magistrato per permessi speciali (accertamenti sanitari, accompagnamenti presso i Servizi e/o le famiglie, ecc..)*
- › *incremento tempo-lavoro da parte degli Operatori dedicato al controllo e al contenimento*
- › *maggior attivazione emotiva nel gruppo di lavoro a causa di condotte aggressive, fonti di tensioni nel gruppo degli ospiti e degli Operatori.*
- › *costruzione del progetto di presa in carico del CSM di riferimento per pazienti non ancora noti ai Servizi stessi*
- › *accompagnamenti esterni.*

Laddove il trattamento in continuità con le dimissioni dall'Ospedale psichiatrico giudiziario è finalizzato alla valutazione ed alla definizione del progetto riabilitativo, per tale periodo di osservazione è applicata la tariffa maggiorata del 20%.

3. Per i ricoveri di sollievo è prevista la compartecipazione alla spesa a carico dell'utente. Qualora l'ospite non venga dimesso al termine del periodo di sollievo lo stesso è tenuto al pagamento della retta intera.
4. Le Aziende Sanitarie Locali per i propri assistiti provvedono a fornire direttamente alle strutture i farmaci di tipo A e di tipo H presenti nel prontuario farmaceutico aziendale. Il prontuario farmaceutico sarà aggiornato periodicamente (almeno annualmente) a cura delle ASL.

I presidi per l'incontinenza (pannoloni, traversa, ecc.) sono a carico delle ASL; lo stesso dicasi per le forniture protesiche comprese nell'Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario.

I prodotti per la nutrizione enterale e parenterale degli ospiti sono a carico dell'ASL, con distribuzione diretta dopo prescrizione specialistica da parte dell'ASL stessa.

5. Le ASL - ai sensi del D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii., e sulla base di appositi indirizzi che saranno emanati dalla Regione anche in riferimento a quanto indicato dalla D.G.R. 1296/2000 in materia di rapporti tra Aziende Sanitarie e soggetti accreditati - stipulano con le strutture accreditate appositi contratti di norma triennali in cui sia indicato il volume di attività, le tariffe e il budget massimo annuale, che è comprensivo degli eventuali aumenti tariffari decisi durante l'anno solare dalla Giunta Regionale nonché i motivi di rescissione del contratto. Nelle more della definizione dei costi standard, fatte salve le tariffe e i livelli assistenziali, sulla base della definizione di un budget annuale concordato localmente tra gestori, ASL e Distretti Sociosanitari e sulla base dei posti convenzionati, è ammessa un'alea di negoziazione del budget. In ogni caso la tariffa non può subire riduzioni superiori al 5%.
6. Le ASL, anche avvalendosi dello strumento contrattuale, concordano con gli Enti Gestori modalità di rimodulazione dell'offerta assistenziale ai fini di rispondere in modo tendenzialmente completo ai fabbisogni del territorio, limitando il ricorso agli inserimenti in strutture extraregionali all'ipotesi di non reperibilità di servizi e prestazioni sul territorio regionale

#### V. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

1. Le quote di compartecipazione a carico dell'utente, già disciplinate dalla DGR 1346/2009, per le strutture sociosanitarie dell'area della Salute Mentale afferenti alle declaratorie dei trattamenti disciplinati dal DPCM sui LEA, sono definite come segue:

TPOLOGIA STRUTTURA	ALIQUOTA COMP.
▪ RSA psichiatrica	30%
▪ Residenza protetta	60%

2. Per le persone già inserite in Ospedali Psichiatrici rivalutate ai sensi della DGR 1352/1997 come pazienti psichiatrici e inserite in RSA psichiatrica o Residenza Protetta dell'area della Salute Mentale, la compartecipazione alla spesa è pari a 5,00 euro/die.

La differenza rispetto alle aliquote di cui alla DGR 1346/2009 e sopra indicate è a carico rispettivamente:

- del Fondo di solidarietà per le persone con gravi disabilità (DGR 1347/2009 e DGR 1848/2009) per coloro che usufruiscono del Fondo stesso;
- dell'ASL di riferimento per coloro che non accedono al Fondo.

3. Per i pazienti ospitati in Comunità alloggio ad utenza psichiatrica (CAUP), per i contratti in essere la tariffa è concordata tra ASL, Comuni ed Ente Gestore in relazione alla copertura assistenziale richiesta. Nel caso di esternalizzazione di propri servizi l'ASL procederà all'affidamento a terzi attraverso le procedure di evidenza pubblica e la tariffa sarà determinata dagli esiti di tali procedure.

La compartecipazione alla spesa a carico dell'utente è individuata come segue:

- per coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento (Legge 508/1988 e ss.mm.ii), con riferimento al punto 4.B della DGR 1848/2009, è pari a 16,00 euro/die;
- per coloro che non beneficiano di tale indennità l'importo della compartecipazione è concordato tra ASL, Comuni ed Ente Gestore;
- nelle CAUP in cui gli ospiti sostengono le spese per la conduzione della Comunità, gli stessi sono esentati dalla compartecipazione e gestiscono direttamente tali oneri impegnandosi a tenere la registrazione delle spese;

- nel caso di pazienti già inseriti in ospedali Psichiatrici, la quota di compartecipazione è pari a 5,00 euro/die.
- 4. La quota di compartecipazione a carico dell'utente per i trattamenti indicati nel presente provvedimento, fatte salve le specificazioni previste per ricoveri di sollievo e assenze, deve essere determinata in relazione alle giornate di effettiva presenza e deve essere corrisposta all'ente gestore.
- 5. In ogni tipologia di trattamento, la famiglia o chi ne fa le veci sottoscrive con la struttura ospitante un'impegnativa in merito ai costi a carico dell'utente.
- 6. Tutte le strutture devono rendere pubbliche le tariffe applicate, nella carta dei servizi o in altro materiale informativo che illustra la struttura ed i servizi prestati, a norma della L. 241/1990. Le informazioni sulle tariffe dovranno chiaramente indicare la quota sanitaria distinta dalla quota alberghiera.
- 7. In sede di valutazione del reddito dell'assistito da parte del Comune per accertare i costi a suo carico, va comunque garantita all'interessato una quota idonea a fronteggiare le primarie necessità della vita (di norma 150 euro mensili , fatti salvi eventuali scostamenti determinati da specifici obiettivi/esigenze nell'ambito del PIA).
- 8. La compartecipazione alla spesa individuata dal presente provvedimento non è applicabile per le strutture extra-regionali, dove valgono le normative emanate dalle Regioni in cui sono ubicate tali strutture.
- 9. Per l'inserimento in strutture che prevedono la compartecipazione al costo del servizio (RSA psichiatrica, RP, Comunità Alloggio ad Utenza Psichiatrica) deve essere coinvolto il Comune/DSS di competenza laddove sia richiesto il concorso alla spesa da parte del Comune stesso.

**VI. TABELLE DEI TRATTAMENTI, PARAMETRI ASSISTENZIALI**

Ai fini del riordino della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, si individuano i trattamenti residenziali e semiresidenziali dell'area della Salute mentale previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le strutture elettive per ciascun trattamento, i parametri di personale ed i tempi assistenziali praticati a favore di ciascuna persona in assistenza da valutarsi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, nonché le tariffe/die per ciascun trattamento, come segue:

SALUTE MENTALE		livello: TRATTAMENTI RIABILITATIVI	
<i>Nelle strutture psichiatriche è ammesso un aumento dei tempi psico-educativi e una diminuzione dei tempi degli OSS e degli infermieri sino ad un massimo del 20% della relativa tempistica indicata.</i>			
<b>FNZIONE SVOLTA IN SRUTTURA EXTRA OSPEDALIERA POST-ACUTI (S.E.P.A.)</b> (SPERIMENTALE, AUTORIZZATA DALLA REGIONE)			Modulo 20 posti
<b>Utenti</b>	Persone con esordi di malattia o patologie psichiatriche in fase clinica attiva.		
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento delle patologie psichiatriche, prestazioni infermieristiche, educative, di assistenza tutelare e aiuto alla persona. Ricoveri di 60 giorni, derogabili fino a un massimo di 90 giorni.		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	8' - (56')		
Medico	8' - (56')		
psicologo/ tecnico della riabilitazione / educatore	138' - (966')		
Infermiere	71' - (497')		
OSS, OTA, OSA	25' - (175')		
e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro			
Totale	250' - (1.750')		
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>154,61 euro</b>		
<b>FUNZIONE SVOLTA IN COMUNITÀ TERAPEUTICA RIABILITATIVA</b>			Modulo 20 posti
<b>Utenti</b>	Persone adulte con esordi di malattia o disturbi psichiatrici in fase clinica attiva.		
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento delle patologie psichiatriche, prestazioni infermieristiche, educative e di assistenza tutelare. Ricovero sulla base di un programma terapeutico della durata massima di 36 mesi.		
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>		
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	8' - (56')		
Medico	8' - (56')		

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)

psicologo / tecnico della riabilitazione / educatore	74' – (518')
infermiere	60' – (420')
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	30' – (210')
<b>Totale</b>	<b>180' – (1260')</b>

**Tariffa sanitaria 135,00 euro**

**FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO**

Modulo 20 posti

*Preferibilmente a gestione diretta del DSMD*

**Utenti** Persone giovani o adulte con patologie psichiatriche in fase post-acuta.

**Prestazioni** Prestazioni diurne a carattere diagnostico, terapeutico, riabilitativo e socio riabilitativo, assistenza specialistica di tipo psichiatrico, infermieristico, educativa e di aiuto alla persona, nell'ambito di programmi riabilitativi di carattere psichiatrico.  
Per le persone in età evolutiva particolari programmi di contenimento dell'evoluzione della patologia con funzioni di recupero e reinserimento sociale e occupazionale.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	12' – (60')
psicologo/tecnico della riabilitazione / educatore / assistente sociale	60' - (300')
Infermiere	48' - (240')
<b>Totale</b>	<b>120' – (600')</b>

**Tariffa sanitaria 73,93 euro**

SALUTE MENTALE livello: TRATTAMENTI SOCIO SANITARI DI MANTENIMENTO

**FUNZIONE SVOLTA IN RSA PSICHIATRICA**

Modulo 20 posti

**Utenti** Persone affette da gravi patologie psichiatriche stabilizzate, che necessitano di ricovero di mantenimento e assistenza sanitaria a lungo termine.

**Prestazioni** Prestazioni residenziali sanitarie e socio-sanitarie di carattere riabilitativo/educativo di mantenimento, con assistenza infermieristica, tutelare e aiuto alla persona, nell'ambito di programmi di mantenimento a carattere psichiatrico.

<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	5' – (35')
medico	5' – (35')
psicologo / tecnico della riabilitazione / educatore / assistente sociale	43' – (301')
Infermiere	42' – (294')

OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	50' – (350')	Lo standard comprende la copertura del turno di notte, considerato pari a otto ore.
Totale	145' – (1.015')	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>82,36 euro</b>	
<b>Compartecipazione</b>	<b>35,30 euro</b>	
SALUTE MENTALE	livello: TRATTAMENTI DI LUNGO-ASSISTENZA	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN RESIDENZA PROTETTA</b>		Modulo 20/25 posti
<b>Utenti</b>	Persone che necessitano di ricovero di mantenimento, affette da patologie psichiatriche e patologie somatiche stabilizzate che non richiedono elevata assistenza sanitaria. Per gli utenti inseriti il CSM garantisce la consulenza	
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni residenziali con assistenza sanitaria di medicina generale e consulenza psichiatrica, assistenza infermieristica e tutelare, animazione e socializzazione.	
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Responsabile Sanitario medico	2' – (14')	Comprensivi della funzione di Responsabile Sanitario
psicologo, tecnico della riabilitazione, educatore Infermiere,	45' – (315')	
OSS, OTA, OSA e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	60' – (420)	Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un OSS per modulo e la reperibilità infermieristica
Totale	107' – (749')	
<b>Tariffa sanitaria</b>	<b>31,55 euro</b>	
<b>Compartecipazione</b>	<b>47,32 euro</b>	
<b>FUNZIONE SVOLTA IN COMUNITÀ ALLOGGIO (CAUP)</b>		Modulo sino a 8 posti
<b>Utenti</b>	Persone con esiti stabilizzati di patologie psichiatriche, che non necessitano di assistenza psichiatrica continuativa.	
<b>Prestazioni</b>	Prestazioni residenziali sociosanitarie terapeutiche e a carattere riabilitativo ed educativo (residenzialità leggera) fornite dal Centro di Salute Mentale o dal soggetto privato accreditato gestore della struttura, nell'ambito di programmi volti al raggiungimento di obiettivi nelle aree dell'autonomia della gestione della persona e dell'abitazione, delle risorse economiche e delle relazioni sociali.	
<b>Personale</b>	<i>minuti/die (settimanali)</i>	
Medico	2' – (14')	Presenza articolata su sette giorni
infermiere / tecnico della riabilitazione / educatore	7' – (49')	Presenza articolata su sette giorni
Totale	9' – (63')	
<b>Tariffa</b>	<b>Concordata tra ASL, Comuni ed Ente Gestore, in relazione alla copertura assistenziale richiesta</b>	
<b>Compartecipazione</b>	<b>16,00 euro (vedi paragrafo V "Compartecipazione alla spesa" – punto 3)</b>	

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Sig.ra Graziella Giusto)