



COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018

DECRETO

N. 48

IN DATA 29/04/2019

OGGETTO: DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2019. Determinazioni.

Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Stefania Pizzi

Il Direttore del Servizio
Autorizzazione ed Accreditamento
Dr.ssa Alberta De Lisio

Il Direttore Generale per la Salute
Dott.ssa Lolita Gallo

Il Sub Commissario Ad Acta
Dott.ssa Ida Grossi



COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018

DECRETO

N. 48

data 29/04/2019

OGGETTO: DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2019. Determinazioni.

IL COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera adottata in data 7 dicembre 2018 il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, ha nominato il Dott. Angelo Giustini quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Molisano, con l'incarico prioritario di attuare i Programmi Operativi 2015-2018 nonché tutti gli interventi tesi a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi 2019-2021, laddove richiesti dai predetti Tavoli tecnici, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle azioni ed interventi prioritari riportati nella delibera stessa;

DATO ATTO che con la suddetta delibera il Consiglio dei Ministri ha nominato la dott.ssa Ida Grossi quale Sub Commissario *ad acta*, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del relativo mandato commissariale;

RICHIAMATO l'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016, recante: "Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del Servizio Sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n.190" (Repertorio Atti n. 155/CSR del 03/08/2016);

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016: "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.";

DATO ATTO del "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018";

VISTA la legge 21 giugno 2017 n. 96 *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo."* pubblicata sulla GU Serie Generale n.144 del 23-06-2017 - Suppl. Ordinario n. 31 - ed in particolare l'art. 34-bis, rubricato: *"Programma Operativo Straordinario della Regione Molise"*;

DATO ATTO che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto VI *"Corretta applicazione delle procedure di autorizzazione ed accreditamento degli erogatori, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio e la normativa vigente"*;

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 23 Marzo 2010 e ss.mm.ii;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il *"Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018"* - Adempimento 11 *"Riequilibrio Ospedale-Territorio"*- intervento 11.3 *"Riorganizzazione della rete territoriale"*- punto 11.3.7 *"L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità"* e punto 11.3.9 *"Compartecipazione del cittadino alla spesa"*;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 s.m.i. *"Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"*;

VISTO il DPCM 8 agosto 1985 *"Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833"*;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"* e ss.mm.ii.;

VISTO il D.P.R. 14 gennaio 1997 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitarie"*;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'art. 8 che prevede una revisione del sistema di partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni in modo da evitare che la partecipazione alla spesa rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni;

VISTO il D.L. 6 luglio 2011, n. 98 *"Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria."* convertito con modificazioni dalla L. 15 luglio 2011, n. 111 (in G.U. 16/07/2011, n. 164 e, in particolare, l'art. 17 *"Razionalizzazione della spesa sanitaria"*, il quale, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale prevede una serie di interventi diretti al contenimento della spesa sanitaria, ponendo a carico delle Regioni l'obbligo di adottare tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati;

VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"* convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTA la L.R. n. 18/2008 *"Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private."*;

VISTO il DCA n. 36 del 23/06/2017 recante *"DCA n. 4 del 31/01/2017 'L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. 'Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie"*

e socio-sanitarie pubbliche e private". *"Manuale di Autorizzazione", Manuale di Accreditamento" e Manuale delle Procedure". Approvazione". Modifiche ed integrazioni.*;

VISTI E RICHIAMATI:

- le *"Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione"*, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 maggio 1998, n. 124;
- l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione";
- il *"Mattone 12 - Assistenza residenziale e semiresidenziale"* che definisce una base informativa comune per le prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale a lungo termine e riabilitativa e del relativo flusso informativo e delle prestazioni di assistenza residenziale a pazienti psichiatrici lungodegenti, disabili fisici, psichici e sensoriali e del relativo flusso informativo;
- il documento del Ministero della Salute-Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza- recante *"Prestazioni residenziali e semiresidenziali"*;

RICHIAMATO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502."* e, in particolare il Capo III (artt. 3-20) *"Assistenza distrettuale"* che all'art. 3 *"Aree di attività dell'assistenza distrettuale"* individua le diverse aree di attività in cui si articola l'assistenza distrettuale prevedendo alla lett. i) l'*"assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale"*;

VISTO il capo IV *"Assistenza sociosanitaria"* del citato DPCM, il quale dispone in merito alle norme riguardanti l'assistenza sociosanitaria, come ambito dell'assistenza distrettuale, che comprende l'erogazione di percorsi assistenziali integrati, cioè di percorsi assistenziali a carattere territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, prevedendo l'erogazione congiunta di attività e prestazioni rientranti nell'area sanitaria e nell'area dei servizi sociali;

EVIDENZIATO che nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, il SSN garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto i diversi profili a carattere clinico, funzionale e sociale;

RICHIAMATI integralmente i seguenti articoli del citato DPCM 12 gennaio 2017:

- l'art. 29 *"Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario"*;
- l'art. 30 *"Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti"*;
- l'Art. 31 *"Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita"*;
- l'art. 34 *"Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità"*;

CONSIDERATO che i succitati articoli del DPCM 12 gennaio 2017 dettano, inoltre, disposizioni circa l'attività del SSN svolta per le persone non autosufficienti e per i disabili, in ambito semiresidenziale e residenziale, evidenziando la necessità, a garanzia del principio di appropriatezza, di una valutazione multidimensionale preliminare alla presa in carico dell'assistito e alla scelta della tipologia di struttura più idonea;

VISTO l'art. 6 del succitato Patto della Salute 2014-2016 che stabilisce testualmente *"Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente"*;

VISTO il DCA n. 60 del 16/11/2017 *"DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Provvedimenti."* con cui, in riscontro alla richiesta formulata dal Tavolo Tecnico nella precedente riunione del 23 novembre 2017 di adottare provvedimenti che rendano coerente la normativa regionale sulla

compartecipazione al costo delle tariffe nell'assistenza sociosanitaria con il DPCM LEA 12 gennaio 2017, si è provveduto a classificare le strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali alle persone non autosufficienti e alle persone disabili (allegato A)), distinte in base all'intensità assistenziale dei trattamenti erogati e ad indicare, per ciascun trattamento erogato, la tariffa giornaliera applicata e la quota posta a carico del SSR e dell'utente/Comune (allegato B)), stabilendo la decorrenza delle tariffe a partire dal 1/01/2018;

PRESO ATTO degli esiti delle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutesi, rispettivamente, in data 29 marzo 2018, 24 luglio 2018 e 20 novembre 2018 e delle osservazioni formulate in relazione al succitato DCA n. 60/2017;

RITENUTO necessario definire, per l'anno 2019, le tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili tenendo conto, nella predisposizione documentale del provvedimento *de quo*, dei rilievi esposti dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, in esito alle riunioni tenutesi in data 29 marzo 2018 e 24 luglio 2018, adottando le necessarie determinazioni volte a dare riscontro alle osservazioni formulate dal Tavolo Tecnico in relazione al succitato DCA n. 60/2017, finalizzate, tra l'altro, a garantire piena coerenza della disciplina regionale con i contenuti del DPCM 12 gennaio 2017;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "*Piano d'indirizzo per la riabilitazione*" (Rep. atti 30/CSR del 10 febbraio 2011) e, in particolare, il capitolo 4 lett. c), il quale, nel definire la "*Riabilitazione intensiva*", stabilisce che <<Le attività riabilitative in strutture di ricovero e cura, ospedaliere od extraospedaliere accreditate, sono caratterizzate da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore.>>;

RITENUTO opportuno, a tal fine, approvare quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- approvare, quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - ✓ l'allegato A), recante "*Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure-anno 2019*";
 - ✓ l'allegato B), recante "*Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure – tariffe anno 2019*";
 - ✓ l'allegato C), recante "*Metodologia*";

RITENUTO opportuno, altresì, dare atto dell'impossibilità per la Regione Molise, in qualità di Regione in Piano di Rientro dal deficit sanitario, e in forza degli oggettivi vincoli di carattere finanziario dal medesimo imposti, di far fronte ad oneri ricollegabili ad un incremento delle tariffe del settore socio sanitario;

in virtù dei poteri conferiti con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri di cui in premessa,

DECRETA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di prendere atto di quanto espresso dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, nelle riunioni del 29 marzo 2018 e del 24 luglio 2018, anche in ordine alla necessità di mantenere piena coerenza con i contenuti del DPCM 12 gennaio 2017;
- definire, per l'anno 2019, le tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili tenendo conto dei rilievi esposti dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, in esito alle riunioni tenutesi in data 29 marzo 2018 e 24 luglio 2018;

- approvare, a tal fine, quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - ✓ l'allegato A), recante "*Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - anno 2019*";
 - ✓ l'allegato B), recante "*Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - tariffe anno 2019*";
 - ✓ l'allegato C), recante "*Metodologia*";
- di stabilire che l'applicazione delle tariffe di cui all'allegato B) al presente provvedimento, decorra a far data dal 1.01.2019;
- di dare atto dell'impossibilità per la Regione Molise, in qualità di Regione in Piano di Rientro dal deficit sanitario, e in forza degli oggettivi vincoli di carattere finanziario dal medesimo imposti, di far fronte ad oneri ricollegabili ad un incremento delle tariffe del settore socio sanitario;
- trasmettere il presente provvedimento al Direttore Generale A.S.Re.M.;
- trasmettere, per la relativa validazione, il presente provvedimento al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanze.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA

Dott. Angelo Giustini



Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - anno 2019

All. A

codice prestazione - Commissione LEA	descrizione	standard qualificanti - Documento Commissione LEA	tipologia assistenza
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (Art. 29 DPCM 12 gennaio 2017)			
R1	Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale , ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute con necessità di supporto alle funzioni vitali o per gravissima disabilità che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 del DPCM.	Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min. Responsività minimale: Infermiere: h24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 210 min./paz/die Terapia Riab. > 30 min./paz/die	Residenziale
Persone Non Autosufficienti-Art. 30 DPCM 12 gennaio 2017			
Assistenza sociosanitaria <u>residenziale</u> (Art. 30 comma 1 lett. a) e lett. b) DPCM 12 gennaio 2017)			
R2	Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, <u>di norma non superiore a sessanta giorni</u> (Art. 30 comma 1 lett. a)	Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.	Residenziale
R3	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale , ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione (Art. 30 comma 1 lett. b)	Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Infermiere: h 8 Assistenza Globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.	Residenziale
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale (Art. 30 comma 3 DPCM 12 gennaio 2017)			
SR	Trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico , ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (ivi incluse le persone con demenza che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale - cfr Tavolo tecnico 29 marzo 2018)	Staff Infermiere, OSS, Animazione Assistenza Globale > 50 min	Semi-residenziale

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita
(Art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)

R1	<u>Trattamenti riservati alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata</u>, a rapida evoluzione e a prognosi infausta consistenti in un complesso integrato di prestazioni rese da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice anche interne ad una struttura ospedaliera, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. (Hospice). E' assicurata l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza <u>sette giorni su sette, sulle 24 ore</u>, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'equipe	Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.	Residenziale
----	---	--	--------------

Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure -

Persone con disabilità -Art. 34 DPCM 12 gennaio 2017

All. A

codice prestazione - Documento Commissione LEA	descrizione	standard qualificanti - Documento Commissione LEA	tipologia assistenza
Assistenza sociosanitaria residenziale			
RD1	<u>Trattamenti di riabilitazione intensiva</u> rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti <u>non supera, di norma, i 45 giorni</u> , a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo (Art. 34, comma 1, lett. a))	Infermiere: h 24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 130 min./paz/die Terapia Riab. > 180 min./paz/die Intensiva	Residenziale
RD2	<u>Trattamenti di riabilitazione estensiva</u> rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. La durata dei trattamenti <u>non supera, di norma, i 60 giorni</u> , a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo (Art. 34 comma 1, lett. b))	Infermiere: h 24 Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 180 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die Terapia psico-educativa > 120 min/pz/die	Residenziale
RD3	<u>Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento</u> delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (Art. 34 comma 1, lett. c))	<u>Disabili in condizioni di gravità</u> che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 1))	Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 160 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die
		<u>Disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare</u> (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 2))	Assistenza Globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale

RD4	<u>Trattamenti di riabilitazione estensiva</u> rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti <u>non supera, di norma, i 60 giorni</u> , a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo (Art. 34 comma 3, lett. a))	Assistenza Medica: 100 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 100 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	semiresidenziale
RD5	<u>Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue</u> , erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali (Art. 34 comma 3, lett. b))	Assistenza Medica: 60 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 60 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	semiresidenziale

Prestazioni di Riabilitazione Estensiva

RRE1	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo -	Assistenza Medica: 20minuti/die/pz Assistenza Globale > 80 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	ambulatoriale individuale
RRE2	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli.	Assistenza Medica: 20minuti/die/pz Assistenza Globale > 80 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	domiciliare

Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - tariffe anno 2019					All. B)	
Persone Non Autosufficienti-Art. 29 e 30 DPCM 12 gennaio 2017					quota a carico del SSR	quota a carico dell'utente/comune
codice prestazione - Documento Commissione LEA	descrizione	standard qualificanti - Documento Commissione LEA	tipologia assistenza	tariffa giornaliera		
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (Art. 29 DPCM 12 gennaio 2017)						
R1	Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute con necessità di supporto alle funzioni vitali o per gravissima disabilità che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 e 17 del DPCM (Art. 29 DPCM 12 gennaio 2017)	Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min. Responsività minimale: Infermiere: h24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 210 min./paz/die Terapia Riab. > 30 min./paz/die	Residenziale	€ 142,00	€ 142,00	€ 0,00

Persone Non Autosufficienti-Art. 30 DPCM 12 gennaio 2017						
Assistenza sociosanitaria residenziale (Art. 30 comma 1 lett. a) e lett. b) DPCM 12 gennaio 2017)						
R2	<u>Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni (Art. 30 comma 1 lett. a))</u>	Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.	Residenziale	€ 96,00	€ 96,00	€ 0,00
R3	<u>Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione (Art. 30 comma 1 lett. b))</u>	Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Infermiere: h 8 Assistenza Globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.	Residenziale	€ 56,00	€ 28,00	€ 28,00
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale (Art. 30 comma 3 DPCM 12 gennaio 2017)						
SR	<u>Trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (ivi incluse le persone con demenza che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale - cfr Tavolo tecnico 29 marzo 2018)</u>	Staff Infermiere, OSS, Animazione Assistenza Globale > 50 min	Semi-residenziale	€ 40,00	€ 20,00	€ 20,00

Assistenza socio sanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita (Art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)					
R1	Trattamenti riservati alle persone nella fase terminale della vita affette da <u>malattie progressive e in fase avanzata</u>, a rapida evoluzione e a prognosi infausta consistenti in un il complesso integrato di prestazioni rese da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice anche interne ad una struttura ospedaliera, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonche' di sostegno spirituale. (Hospice-Art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)	Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.	Residenziale	€ 142,00	€ 142,00
				€ 0,00	

Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - tariffe ANNO 2019						ALL. B)	
Persone con disabilità -Art. 34 DPCM 12 gennaio 2017							
codice prestazione - Documento Commissione LEA	descrizione	standard qualificanti - Documento Commissione LEA	tipologia assistenza	tariffa giornaliera	quota a carico del SSR	quota a carico dell'utente/ comune	
Assistenza sociosanitaria residenziale (Art. 34 DPCM 12 gennaio 2017)							
RD1	<u>Trattamenti di riabilitazione intensiva</u> rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti <u>non supera, di norma, i 45 giorni</u>, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo (Art. 34, comma 1, lett. a))	Infermiere: h 24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 130 min./paz/die Terapia Riab. > 180 min./paz/die Intensiva	Residenziale	€ 180,00	€ 180,00	€ 0,00	
RD2	<u>Trattamenti di riabilitazione estensiva</u> rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. La durata dei trattamenti <u>non supera, di norma, i 60 giorni</u>, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo (Art. 34 comma 1, lett. b))	Infermiere: h 24 Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 180 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die Terapia psico-educativa > 120 min/pz/die	Residenziale	€ 140,00	€ 140,00	€ 0,00	

RD3	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (Art. 34 comma 1, lett. c))	Disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 1))	Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 160 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die	€ 120,00	€ 84,00	€ 36,00
		Disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 2))	Assistenza Globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die	€ 120,00	€ 48,00	€ 72,00
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale						
RD4	Trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo (Art. 34 comma 3, lett. a))	Assistenza Medica: 100 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 100 min./pz/die Terapia Riab. > 60 min./pz/die	semiresidenziale	€ 68,00	€ 68,00	€ 0,00
RD5	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali (Art. 34 comma 3, lett. b))	Assistenza Medica: 60 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 60 min./pz/die Terapia Riab. > 60 min./pz/die	semiresidenziale	€ 68,00	€ 47,60	€ 20,40

Prestazioni di Riabilitazione Estensiva					
RRE1	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo -	Assistenza Medica: 20minuti/die/pz Assistenza Globale > 80 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	ambulatoriale individuale	€ 44,00	€ 44,00
RRE2	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli.	Assistenza Medica: 20minuti/die/pz Assistenza Globale > 80 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	domiciliare	€ 55,00	€ 55,00
				€ 0,00	€ 0,00

METODOLOGIA UTILIZZATA

Tenuto conto di quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”* e, in particolare dal capo IV *“Assistenza sociosanitaria”*-artt. 29-30 31 e 34, vengono stabilite, con il presente provvedimento, le tariffe per l'attività erogata all'interno delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative.

Il DPCM 12 gennaio 2017, integralmente sostitutivo del DPCM 29 novembre 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore, al citato Capo IV afferente l'area socio-sanitaria, individua i percorsi assistenziali integrati, cioè i percorsi assistenziali a carattere territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati individuati dal provvedimento, il SSN garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona evidenziando, tuttavia, la necessità, a garanzia del principio di appropriatezza, di una valutazione multidimensionale preliminare alla presa in carico dell'assistito e alla scelta della tipologia di struttura più idonea.

L'accesso a molte prestazioni, in particolare a quelle riferite ai trattamenti terapeutico riabilitativi e assistenziali, residenziali e semiresidenziali, avviene, infatti, previa **valutazione multidimensionale**¹.

Con riferimento specifico alle tariffe, l'attività viene remunerata per giornata di degenza e non, come per l'attività di degenza ospedaliera, con tariffa omnicomprensiva secondo il sistema di classificazione DRG.

Occorre pertanto quantificare il costo di una giornata di degenza all'interno di questa tipologia di strutture.

Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono le seguenti:

- costo del personale direttamente impiegato
- costo dei materiali consumati
- costo delle apparecchiature utilizzate

¹ La valutazione multidimensionale è così definita dall'art. 6 del Nuovo Patto della salute 2014-2016 *“Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente”*;

- costi generali dell'unità produttiva della prestazione

Per quanto riguarda il costo del personale, la letteratura ritiene che la metodologia più corretta sia quella comunemente conosciuta come TDABC (*Time-driven Activity Based Costing*) che consente di stimare il costo di una giornata di degenza utilizzando informazioni quali il costo del personale, il tempo di assistenza dedicato ad ogni posto letto e le caratteristiche dell'assistenza.

In termini pratici l'adozione del TDABC comporta le seguenti fasi:

1. Identificazione delle figure professionali coinvolte nella processo assistenziale (per esempio, medici, personale infermieristico, tecnici della riabilitazione, OSS)
2. Stima oppure rilevazione dai sistemi informativi del costo di ciascuna risorsa professionale
3. Stima della capacità pratica di ciascun gruppo di risorse
4. Calcolo del costo unitario di ciascun gruppo di risorse
5. Identificazione delle attività svolte all'interno dei processi
6. Determinazione del tempo impiegato in ciascuna attività anche in funzione delle caratteristiche dell'attività da svolgere e delle caratteristiche dei pazienti coinvolti
7. Moltiplicazione del costo unitario per il tempo necessario per svolgere l'attività.

Questo strumento comporta inevitabilmente alcuni limiti derivanti sostanzialmente dalla necessità di ricorrere a stime, in particolare per quanta riguarda il tempo dedicato a ciascuna attività. Questa è particolarmente vera quando le stime sono il risultato di indagini svolte con il personale che svolge le attività oggetto di indagine.

Per limitare questi problemi la letteratura suggerisce alcune regole:

- Utilizzo di linee guida internazionali
- Media di stime utilizzate in rilevazioni simili
- Rilevazioni effettuate in altre contesti
- Validazione delle stime da parte di professionisti del settore.

Di seguito l'esplicitazione delle fasi seguite per il calcolo delle tariffe di degenza per strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative della Regione Molise.

1. Identificazione delle figure professionali coinvolte nel processo assistenziale

Le strutture riabilitative erogano prestazioni a ciclo diurno o continuativo provvedendo al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa.

La tipologia di prestazioni erogate comprende:

- prestazioni di riabilitazione intensiva ed estensiva per il recupero delle

- disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
- programmi psicoeducativi, con obiettivi di riabilitazione anche sociale e occupazionale
- prestazioni di socializzazione
- assistenza infermieristica, tutelare e di aiuto alla persona.

La tipologia di assistenza erogata e le caratteristiche della popolazione assistita fanno sì che le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale siano soprattutto:

- Medici
- Operatori laureati: infermieri, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione
- OSS, OTA e OSA

2. Stima del costo di ciascuna risorsa professionale

Per calcolare il costo delle risorse professionali occorre stimare la retribuzione annua di ciascuna tipologia.

Sono stati considerati i vari contratti di lavoro attualmente in vigore (Sanità pubblica, AIOP, ARIS) e stimato una retribuzione media per le singole figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale del paziente.

3. Stima della capacità pratica di ciascun gruppo di risorse

La capacità pratica di ciascun gruppo di risorse umane rappresenta il numero di ore potenzialmente lavorabili in un anno al netto dei periodi di ferie, assenze per malattia e ore dedicate alla formazione.

Il gruppo di lavoro ha considerato il debito orario previsto dal contratto di lavoro di ciascuna figura professionale, nonché i periodi feriali previsti e le eventuali assenze per malattia.

4. Calcolo del costo unitario di ciascun gruppo di risorse

Calcolare il costo unitario di ciascun gruppo di risorse equivale a dividere il costo annuo delle risorse per la loro capacità pratica. In altre parole permette di ottenere il costo orario di ciascun professionista.

5. Determinazione dei tempi assistenziali

Anche se tutte le Regioni sono concordi nella individuazione delle figure professionali coinvolte e nella tipologia di attività assistenziale, alcune difformità esistono relativamente al tempo da dedicare all'assistenza giornaliera a favore dei pazienti.

I tempi medi previsti dalla Regione Molise per l'assistenza nelle strutture, sono stati confrontati con quelli raccolti in esperienze di altre Regioni.

6. Determinazione del costo giornaliero per ciascuna figura professionale

I tempi assistenziali possono essere moltiplicati per il costo unitario elaborato in precedenza (*cfr. paragrafo 4 - Calcolo del costo unitario di ciascun gruppo di risorse*) per ottenere il costo giornaliero per figura professionale e per singolo degente.

Per le restanti voci di costo da determinare, occorre aggiungere una quota relativa alle altre voci che costituiscono il costo assistenziale per giornata.

In particolare:

- costo dei farmaci, del materiale sanitario e non sanitario;
- costi per servizi: manutenzioni ordinarie e straordinarie, riparazioni, costi commerciali e tecnici, utenze, costi amministrativi e generali (oneri assicurativi, consulenze legali, tecniche ed amministrative);
- costi per godimento di beni di terzi;
- ammortamenti delle attrezzature e degli immobili;
- altri oneri di gestione (interessi passivi, IRAP, oneri diversi);

La stima dei costi è stata quindi definita utilizzando i costi del personale, definito in relazione all'impiego di ogni figura professionale per degente/giorno, postulando che tale costo corrisponda ad una quota percentuale del costo complessivo della giornata di degenza.