



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO

N. 86

IN DATA 27/10/2014

OGGETTO

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DELLA REGIONE MOLISE: DETERMINAZIONE FASCE LIVELLO ASSISTENZIALE E RELATIVE TARIFFE.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
Attività Socio-Assistenziali
(DOTT.SSA CARLA SEVERINO)

IL RESPONSABILE REGGENTE IL SERVIZIO
Assistenza Socio-Sanitaria
(DOTT. MICHELE COLAVITA)

IL DIRETTORE GENERALE
Direzione Generale per la Salute
(AVV. ROBERTO FAGNANO)



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 24.7.2009

DECRETO N. 86 DEL 27/10/2011

OGGETTO: RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DELLA REGIONE MOLISE: DETERMINAZIONE FASCE LIVELLO ASSISTENZIALE E RELATIVE TARIFFE.

Il Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO CHE:

con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario ad acta per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;

con delibera del Consiglio dei Ministri in data 31.5.2011 il dott. Mario Morlacco è stato nominato *sub* Commissario *ad acta* per l'adozione e/o la completa attuazione degli interventi, fra quelli già contemplati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, che allo stato non risultano ancora realizzati o ultimati, nonché all'attuazione delle precipe disposizioni contenute nella legge n. 191 del 2009 e nel Patto della Salute (anni 2010-2012);

VISTO il Decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23.10.1992, n. 421, ed in particolare l'art. 8 - sexies, "Remunerazione";

VISTA la legge costituzionale del 18 ottobre 2001 n. 3;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito il 22 novembre 2001 dalla Conferenza Stato-Regioni e relativo alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e, in particolare, il punto 3.1 che prevede "Le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", pubblicato nella GU n. 33 dell'8 febbraio 2002, ed in particolare l'allegato 1.C che, per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, prevede a carico del SSR una quota pari al 50% della tariffa giornaliera pro capite;

VISTA la Delibera di Consiglio Regionale n. 174 del 14 luglio 2009, con la quale è stato approvato il Piano Stralcio del Piano sanitario regionale 2008/2010 per la realizzazione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - obiettivo 8 - Obiettivo operativo 8.1- del Piano operativo di rientro 2007/2009;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 10 maggio 2010, con il quale è stato approvato il Piano operativo di rientro dal debito sanitario per l'anno 2010 - prosecuzione del Piano Operativo 2007/2009, ed in particolare l'obiettivo 2) che ha istituito n. 120 posti letto di RSA negli stabilimenti ospedalieri di Agnone, Larino e Venafro;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 19 del 14 giugno 2010, "Ristrutturazione della rete ospedaliera" in cui è stato ricompreso l'obiettivo dei 120 posti letto in RSA all'interno del processo di riconversione degli stabilimenti ospedalieri di Agnone, Larino e Venafro;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 5 del 21 3.2011, di modifica del Decreto del Commissario ad acta n. 56 del 3.8.2010, con il quale si sono stabilite, per le prestazioni dell'area integrazione socio-sanitaria di cui all'allegato 1.C del predetto DPCM del 2001, le quote a carico del servizio sanitario e dell'utente/Comune;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 11 del 26 4.2011, con il quale si è provveduto alla determinazione delle fasce di intensità assistenziale per gli utenti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) pubbliche e private della regione ed alla approvazione delle relative Linee guida e del Regolamento per l'ammissione al ricovero nelle stesse;

TENUTO CONTO dei pareri n. 94 – P del 20.5.2011 e n. 126 - P dell'1.9.2011, con i quali il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha comunicato che, ai fini della valutazione, il su indicato decreto n. 11/2011 con i relativi allegati deve essere modificato secondo le indicazioni contenute nei pareri stessi;

RITENUTO NECESSARIO dover provvedere alla rettifica del predetto decreto e del Regolamento e delle Linee Guida ad esso allegati secondo le disposizioni di cui ai pareri ministeriali;

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 24.7.2009;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate nel presente atto, di:

- **INDIVIDUARE**, con decorrenza 1° giugno 2011, le seguenti fasce di iscrizione ai livelli assistenziali nell'ambito dell'assistenza residenziale per anziani (RSA pubbliche e private):

1° fascia - livello medio-alto: In tale fascia vanno inseriti cittadini ultrasessantacinquenni con totale perdita dell'autosufficienza, portatori di deficit funzionali derivanti da patologie fisiche, psichiche o psico-fisiche, che non richiedono cure intensive ospedaliere, ma per i quali non è possibile attivare un programma ADI e che hanno bisogno, però, di cure e prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, affetti quindi da patologie croniche e stabilizzate, con necessità di trattamenti protratti di "conservazione" che presuppongono cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, trattamenti di lesioni da decubito profonde e trattamenti specialistici di un certo impegno e che erano impropriamente prima ricoverati in strutture per acuti o per riabilitazione.

L'inserimento avviene a seguito di piano individualizzato di assistenza redatto dall'UVM distrettuale avvalendosi dello strumento multidimensionale di valutazione SVaMA.

Nella valutazione va considerato che gli interventi socio-sanitari devono essere finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona, tenuto conto anche delle problematiche psico-sociali e dell'assenza del necessario supporto familiare o di situazioni per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile ovvero contrastante con il piano assistenziale individuale.

2° fascia - livello medio-basso: In tale fascia vanno inseriti cittadini ultrasessantacinquenni con parziale perdita dell'autosufficienza, portatori di deficit funzionali derivanti da patologie fisiche, psichiche o psico-fisiche, non assistibili a domicilio che non necessitano di cure intensive ospedaliere, ma di particolari protezioni sanitarie e sociali a non elevata intensità assistenziale che, comunque, necessitano di assistenza medico-infermieristica per disturbi che richiedono trattamenti estensivi, di riorientamento e di somministrazione di terapia. In tale fascia rientrano anche le prestazioni erogate a pazienti affetti da demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, tutela personale in ambiente "protetico".

L'inserimento avviene a seguito di piano individualizzato di assistenza redatto dall'UVM distrettuale avvalendosi dello strumento di valutazione multidimensionale SVaMA.

- **FISSARE** per ciascuna fascia le seguenti tariffe giornaliere procapite per le prestazioni erogate presso le RSA pubbliche e private autorizzate ed accreditate della regione Molise:

FASCIA 1 (Media – alta intensità assistenziale) dell'utente/Comune di residenza	€ 96,00	di cui € 48,00 a carico
FASCIA 2 (Bassa – media intensità assistenziale) dell'utente/Comune di residenza	€ 76,00	di cui € 38,00 a carico

- **STABILIRE** che per l'utente ricoverato in fascia 1 la quota, pari al 50% della tariffa giornaliera a suo carico o, in caso di reddito insufficiente, a carico del Comune di residenza, decorre dal secondo mese di permanenza nella RSA se l'assistito proviene da una fase di malattia acuta in ospedale;
- **STABILIRE** altresì, che la quota a carico dell'assistito/Comune di residenza (50%) sarà corrisposta nel caso di:

> Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E) di *utente in possesso di reddito annuale I.S.E.E. pari o non superiore a € 13.000,00 (tredicimila):*

- quota direttamente a carico dell'assistito = 0%
- quota a carico del Comune di residenza = 100%;

> Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E) di *utente in possesso di reddito annuale I.S.E.E. pari ad importo compreso tra € 13.000,01 (tredicimila/01) € 25.000,00 (venticinquemila):*

- quota direttamente a carico dell'assistito = 50%
- quota a carico del Comune di residenza = 50%;

> Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E) di *utente in possesso di reddito annuale I.S.E.E. pari o superiore a € 25.000,00 (venticinquemila):*

- quota direttamente a carico dell'assistito = 100%;

- quota a carico del Comune di residenza = 0%.

La compartecipazione dell'assistito al costo della retta è stabilita valutando, attraverso l'ISEE, la condizione economica del nucleo familiare di appartenenza. Tale valore numerico deve essere calcolato dall'INPS o dai Centri di assistenza fiscale o dai comuni. Le indennità concesse a titolo di minorazione (indennità accompagnamento invalidi civili, indennità speciali per ciechi ventisimisti, indennità comunicazione sordomuti, etc.), essendo erogate per il soddisfacimento di esigenze di accompagnamento e di assistenza, possono essere utilizzate quale contributo alle spese derivanti dall'erogazione di una prestazione (ricovero in RSA) coincidente con quella per la quale l'indennità medesima viene concessa.

Nella considerazione che il legislatore statale non ha stabilito il valore dell'ISEE idoneo a far sorgere l'obbligo di assistenza, lasciando tale valutazione agli enti erogatori della stessa, le condizioni economiche richieste per l'accesso alle prestazioni di cui sopra sono quelle innanzi riportate, con eccezione per le persone con handicap permanente grave, di cui all'art. 8 - comma 8 - della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge, nonché per i soggetti ultra65enni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalla ASReM e per i quali viene previsto l'utilizzo di un diverso parametro non basato sulla situazione economica del nucleo familiare, ma su quella del diretto interessato.

Per quanto non espressamente previsto si rinvia al D.lgs 109/1998, come modificato dal D.lgs 130/2000 e ai relativi decreti attuativi.

- **APPROVARE** le “Linee Guida area Residenze Sanitarie Assistenziali”, allegato A, ed il “Regolamento per l'ammissione al ricovero nelle Residenze Sanitarie Assistenziali”, allegato B, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- **TRASMETTERE** il presente decreto alla ASREM e all'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali per il seguito di competenza.

Il presente provvedimento, composto da n. 4 pagine e n. 2 allegati, A e B, rispettivamente di 7 e 5 pagine ciascuno, sarà pubblicato sul BURM ed inviato ai competenti Dicasteri.

Visto:

IL SUB COMMISSARIO AD ACTA
(*DOTT. MARIO MORLACCO*)



IL COMMISSARIO AD ACTA
(*ON. DOTT. ANGELO MICHELE IORIO*)

