



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. 57

IN DATA 08/10/2020

OGGETTO: *DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2020. Determinazioni.*

Il Direttore Generale per la Salute
Dr.ssa Lolita Gallo

Il Sub Commissario Ad Acta
Dr.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. 54

data 08/10/2020

OGGETTO: DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2020. **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 Accreditemento" 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";

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.>>;

VISTO, altresì, l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" e "Linee di indirizzo sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" (Rep. Atti n.131/CU del 26 ottobre 2017) che, nell'evidenziare che le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewi, forme miste, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio assistenziali, classifica le stesse come patologie cronico degenerative complesse;

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;

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";

EVIDENZIATO che gli artt. 29 e 30 del citato DPCM 12 gennaio 2017 dettano, in particolare, disposizioni circa l'attività del SSN svolta per le persone non autosufficienti, incluse le demenze, 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;

VISTA la Sentenza n. 1858/2019 resa dal Consiglio di Stato, su ricorso di un'Associazione di Promozione Sociale "In nome dei diritti" contro la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute, il Ministero delle Finanze per l'annullamento di precedente Sentenza del TAR Lazio concernente la legittimità del DPCM del 12 gennaio 2017;

RICHIAMATO integralmente, ai fini di una più chiara definizione della materia di interesse, quanto specificato dalla citata Sentenza n. 1858/2019 in ordine alle prestazioni assistenziali previste dalle specifiche disposizioni del DPCM 12 gennaio 2017, di seguito indicate:

- l'art. 29 del citato DPCM 17 gennaio 2017 recante "assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario", tiene conto della specificità dei bisogni di determinati pazienti che – a cagione delle patologie da cui sono affetti, contraddistinte da alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità – che rendono appunto necessario un trattamento contraddistinto da elevato impegno sanitario, continuativo e con pronta disponibilità, da somministrare, proprio in virtù del suddetto grave quadro clinico, necessariamente in ambito residenziale siccome "non erogabile al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità";
- l'art. 30 disciplina l'assistenza socio sanitaria residenziale delle persone non autosufficienti prevedendo al comma 1 lett. a) i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti, i quali sono interamente a carico del SSN (articolo 30 comma 2 prima parte). La previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo, fissata in 60 gg., legata evidentemente alle condizioni di appropriatezza del trattamento, non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione "di norma", dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale. Ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno, dunque, a carico del SSN;
- l'art. 30, comma 1, lett. b) disciplina i trattamenti di lungo assistenza in regime residenziale, ponendoli a carico del SSN per una quota pari al 50% (art. 30 comma 2 seconda parte);
- l'art. 30, comma 3, disciplina i trattamenti di lungo assistenza in regime di assistenza semiresidenziale, riferiti a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria, ponendoli a carico del SSN per una quota pari al 50 % (articolo 30 comma 4);
- l'art. 34 recante la disciplina per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, prevede scadenze temporali predefinite (da 45 giorni a 60 giorni) valide solo in via "di norma", facendo espressamente salva la possibilità che la rivalutazione multidimensionale rilevi il persistere del bisogno riabilitativo;

EVIDENZIATO, pertanto, che <<la fissazione di una durata prestabilita per ciascuna delle fasi in cui si articola, a seconda dei concreti bisogni, l'assistenza, riflette, in via generale, l'idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza.

In tale ottica la previsione di soglie temporali che, in un'ottica anche di efficienza ed appropriatezza, scandiscono temporalmente le fasi a maggiore intensità assistenziale non appare, di per sé, né irragionevole né illogica.>> (cfr. Sentenza Consiglio di Stato n. 1858/2019 cit.);

RICHIAMATO, in particolare, l'art. 21, comma 2 del DPCM 12 gennaio 2017, il quale prevede che <<il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale>>;

EVIDENZIATO che, nella prospettiva di una necessaria visione multidisciplinare nell'organizzare, da subito, un'adeguata risposta assistenziale lì dove i particolari bisogni del paziente hanno natura eterogenea, la valutazione multidimensionale risponde all'esigenza, del tutto logica, di differenziare ed individualizzare il trattamento, articolando tra attività eterogenee in funzione dei plurimi e specifici bisogni del paziente che acquisiscono concreta evidenza nel PAI (Progetto di Assistenza Individuale) (cfr. Sentenza Consiglio di Stato n. 1858/2019 cit);

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. 48 del 29/04/2019 "DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2019. Determinazioni." con cui, in ossequio alle previsioni dettate in materia dal 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 1/01/2019;

RITENUTO necessario definire, per l'anno 2020, le tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili tenendo conto, nella predisposizione documentale del provvedimento *de quo*, oltre che della succitata normativa anche dei rilievi esposti in materia dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, nel corso delle varie riunioni;

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 2020**";
 - ✓ l'allegato **B**), recante "Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure – **tariffe anno 2020**";
 - ✓ l'allegato **C**), recante "Definizioni e 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 ulteriori incrementi 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:

- definire, per l'anno 2020, le tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili;
- 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 2020**";
 - ✓ l'allegato **B**), recante "Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - **tariffe anno 2020**";
 - ✓ l'allegato **C**), recante "Definizioni e metodologia";
- di stabilire che l'applicazione delle tariffe di cui all'allegato **B**) al presente provvedimento, decorra a far data dal 1.01.2020 fino a diversa disposizione intervenuta in merito;

- che le tariffe di cui al presente provvedimento si applicano necessariamente agli erogatori privati accreditati che operano con onere a carico del SSR e che, in alternativa, gli operatori autorizzati possono agire esclusivamente come privati al di fuori del SSR;
- 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 ulteriori incrementi delle tariffe del settore socio sanitario;
- trasmettere il presente provvedimento all' A.S.Re.M.;
- trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanze.

Il presente decreto, composto da pagine n. 7 e allegati n. 3, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

IL COMMISSARIO ad ACTA

Dott. Angelo Giustini



Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - anno 2020

All. A

Assistenza sociosanitaria alle Persone Non Autosufficienti

-

Art. 29 e 30 DPCM 12 gennaio 2017-

codice prestazioni e - Commissione LEA	descrizione	standard qualificanti - Documento Commissione LEA	tipologia assistenza
--	-------------	---	----------------------

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (Art. 29 DPCM 12 gennaio 2017)

R1	<p>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.</p> <p>2. La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario e'fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalita' definite dalle regioni e dalle province autonome.</p> <p>3. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del SSN</p>	<p>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</p>	Residenziale
-----------	--	---	--------------

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	<p>Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticita' e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuita' assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' 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), e' fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale.</p> <p>2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del SSN</p>	<p>Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.</p>	Residenziale
-----------	--	---	--------------

R3	<p>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))</p> <p>I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del SSN per una quota pari al 50 % della tariffa giornaliera.</p>	<p>Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Infermiere: h 8 Assistenza Globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.</p>	Residenziale
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale (Art. 30 comma 3 DPCM 12 gennaio 2017)			
SR	<p>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 necessita' 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).</p> <p>I trattamenti di lungoassistenza (di cui al comma 3) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera.</p>	<p>Staff Infermiere, OSS, Animazione Assistenza Globale > 50 min</p>	Semi-residenziale
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita (Art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)			
R1	<p>Trattamenti riservati alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, 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). E' assicurata l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, 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.</p> <p>2. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del SSN.</p>	<p>Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.</p>	Residenziale

Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - anno 2020

All. A

Persone con disabilità -Art. 34 DPCM 12 gennaio 2017

codice prestazione - Documento Commissione LEA	descrizione	standard qualificanti - Commissione LEA	Documento tipologia assistenza
Assistenza sociosanitaria residenziale			
RD1	<p>Trattamenti di riabilitazione intensiva 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 non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo (Art. 34, comma 1, lett. a)). I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) sono a totale carico del SSN.</p>	<p>Infermiere: h 24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 130 min./paz/die Terapia Riab. > 180 min./paz/die Intensiva</p>	Residenziale
RD2	<p>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 e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. 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 1, lett. b)) I trattamenti di cui al comma 1, lettera b) sono a totale carico del SSN.</p>	<p>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</p>	Residenziale
RD3	<p>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))</p>	<p>Disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 1)) I trattamenti di cui alla lett. c) punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera.</p>	<p>Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 160 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die</p>
		<p>Disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 2)) I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 % della tariffa giornaliera.</p>	<p>Assistenza Globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die</p>
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale			

<p>RD4</p>	<p><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 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)). I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del SSN.</p>	<p>Assistenza Medica: 100 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 100 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die</p>	<p>semiresidenziale</p>
<p>RD5</p>	<p><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)) I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 % della tariffa giornaliera.</p>	<p>Assistenza Medica: 60 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 60 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die</p>	<p>semiresidenziale</p>

Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - tariffe anno 2020					All. B	
Assistenza sociosanitaria alle Persone Non Autosufficienti -Art. 29 e 30 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 residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (Art. 29 DPCM 12 gennaio 2017)						
R1	<p><u>Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale</u>, 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.</p> <p>2. La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario e'fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalita' definite dalle regioni e dalle province autonome.</p> <p>3. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del SSN</p>	<p>Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min. Responsività minima: Infermiere: h24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 210 min./paz/die Terapia Riab. > 30 min./paz/die</p>	Residenziale	€ 180,00	€ 180,00	€ 0,00
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	<p>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), è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale.</p> <p>2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del SSN</p>	<p>Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.</p>	Residenziale	€ 96,00	€ 96,00	€ 0,00
R3	<p>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)</p> <p>I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del SSN per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.</p>	<p>Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Infermiere: h 8 Assistenza Globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.</p>	Residenziale	€ 56,00	€ 28,00	€ 28,00
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale (Art. 30 comma 3 DPCM 12 gennaio 2017)						
SR	<p>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).</p> <p>I trattamenti di lungoassistenza (di cui al comma 3) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera.</p>	<p>Staff Infermiere, OSS, Animazione Assistenza Globale > 50 min</p>	Semi-residenziale	€ 40,00	€ 20,00	€ 20,00

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita (Art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)						
R1	<p>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).</p> <p>E'assicurata l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, 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-emozionale all'equipe.</p> <p>2. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del SSN.</p>	<p>Guardia Medica: h24 Assistenza Medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza Globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.</p>	Residenziale	€ 142,00	€ 142,00	€ 0,00

Classificazione delle Strutture - livelli di intensità di cure - tariffe ANNO 2020					ALL. B)	
Assistenza sociosanitaria alle 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						
RD1	<p>Trattamenti di riabilitazione intensiva 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 non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo (Art. 34, comma 1, lett. a)). I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) sono a totale carico del SSN.</p>	<p>Infermiere: h 24 Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 130 min./paz/die Terapia Riab. > 180 min./paz/die Intensiva</p>	Residenziale	€ 180,00	€ 180,00	€ 0,00
RD2	<p>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 e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. 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 1, lett. b)) I trattamenti di cui al comma 1, lettera b) sono a totale carico del SSN.</p>	<p>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</p>	Residenziale	€ 140,00	€ 140,00	€ 0,00
RD3	<p>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))</p>	<p>Disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 1)) I trattamenti di cui alla lett. c) punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera.</p>	<p>Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 160 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die</p>	€ 120,00	€ 84,00	€ 36,00
		Disabili che richiedono moderato impegno				

		assistenziale e tutelare (Art. 34 comma 1, lett. c) punto 2)) I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 % della tariffa giornaliera.	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)). I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del SSN.	Assistenza Medica: 100 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 100 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	semiresidenziale	€ 68,00	€ 68,00	€ 0,00
RD5	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilita' funzionali residue , erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensita' a persone non autosufficienti con disabilita' fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali(Art. 34 comma 3, lett. b)) I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 % della tariffa giornaliera.	Assistenza Medica: 60 minuti/die per nucleo Assistenza Globale > 60 min./paz/die Terapia Riab. > 60 min./paz/die	semiresidenziale	€ 68,00	€ 47,60	€ 20,40

DEFINIZIONI E METODOLOGIA

Premesse.

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per aiutare nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Tra queste ultime, l'aiuto nella igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

Nel nuovo DPCM LEA 12 gennaio 2017 "*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."* vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Nell'ambito delle categorie cui risulta destinata l'assistenza socio-sanitaria, a seconda delle specifiche condizioni della persona, della gravità e della modificabilità delle sue condizioni, della severità dei sintomi, ecc. le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali.

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 sociosanitaria, individua i percorsi assistenziali integrati, cioè i percorsi assistenziali che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni rientranti nell'area sanitaria e nell'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 che rileva i bisogni sanitari e di protezione sociale del paziente individuando le necessità sanitarie e assistenziali del paziente, a prescindere dalla patologia da cui è affetto, e indirizza gli operatori a organizzare l'intervento socio-sanitario in uno specifico regime assistenziale di cura con individuazione della tipologia di struttura più idonea.

I bisogni sanitari e di protezione sociale del paziente sono rilevati con strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e uniformi sul territorio regionale. La valutazione multidimensionale individua.

Tenuto conto di quanto stabilito dal DPCM LEA 2017 e, in particolare dal capo IV "Assistenza sociosanitaria"- artt. 29-30-31 e 34, con il presente provvedimento vengono stabilite le tariffe per l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, incluse le demenze e l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità e ai malati terminali.

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, incluse le demenze (art. 29 e art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017).

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, affette da malattie croniche o in condizioni di fragilità, prestazioni sociosanitarie presso strutture residenziali extra ospedaliere che offrano loro le prestazioni assistenziali di cui hanno bisogno.

Le Strutture residenziali possono garantire livelli diversi di intensità assistenziale e, quindi, ospitare persone con problemi sanitari di diversa complessità: in alcuni casi, vengono ricoverate persone in condizioni molto critiche, che hanno bisogno di supporto alle funzioni vitali (respiratore, nutrizione artificiale, ecc.) o che si trovano in stato di coma o di responsività limitata e le strutture garantiscono la presenza di specialisti adeguati, di infermieri h24, ecc.; in altri casi, può trattarsi di persone in condizioni di salute discrete, cui è sufficiente la visita periodica del medico di medicina generale, la somministrazione di farmaci, l'assistenza di operatori socio-sanitari e la vigilanza notturna.

Il ricovero in una struttura residenziale garantisce un'assistenza adeguata (medica, infermieristica, riabilitativa e assistenziale) rispetto alle necessità dell'assistito¹.

Vi sono, poi, situazioni intermedie e situazioni che evolvono da una minore a una maggiore gravità o viceversa che migliorano nel corso del tempo.

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (art. 34 DPCM 12 gennaio 2017).

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con gravi disabilità che abbiano bisogno di trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi, la possibilità di essere ricoverate in strutture residenziali extra ospedaliere che offrano loro l'assistenza di cui hanno bisogno.

Si tratta, nella maggior parte dei casi, di persone dimesse da un ricovero ospedaliero per acuti o di riabilitazione, che debbano prolungare i trattamenti per recuperare ulteriormente le loro abilità ma che non abbiano più bisogno di assistenza e sorveglianza nelle ore notturne per la stabilizzazione delle condizioni cliniche generali.

Le strutture residenziali possono garantire livelli diversi di intensità riabilitativa e, quindi, ospitare persone con problemi di diverso livello di gravità: in alcuni casi, vengono ricoverate persone con lesioni midollari, cerebrolesioni o paralisi cerebrali infantili, gravi traumatismi o ictus severi, e le strutture garantiscono trattamenti intensivi, eseguiti da professionisti diversi (terapisti motori, terapisti cognitivi e del linguaggio, terapisti occupazionali, ecc.) e la presenza di specialisti adeguati (neurologi, fisiatristi, neuropsichiatri infantili, ecc.); in altri casi, può trattarsi di persone con bisogni riabilitativi semplici, cui è sufficiente un'ora di trattamento/die per recuperare la mobilità, ad esempio dopo interventi di protesizzazione dell'anca, del ginocchio, della spalla, ecc.

Quando si tratta di gravi disabilità, congenite o comunque stabilizzate, i trattamenti sono principalmente rivolti al mantenimento delle capacità e abilità residue, allo sviluppo o al recupero delle relazioni affettive e alla socializzazione, assumendo un prevalente significato di riabilitazione sociale.

¹ L'Accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" e sulle "Linee di indirizzo sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" (Rep. Atti n.131/CU del 26 ottobre 2017) definisce le demenze come patologie cronico degenerative complesse comprensive di un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewi, forme miste, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio assistenziali. L'accordo, tra l'altro, individua tra le Strutture e i servizi coinvolti nella rete per le demenze, Strutture semiresidenziali e residenziali territoriali.

Le prime forniscono un complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie compresi interventi di sollievo, erogate a soggetti non autosufficienti, in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono i pazienti durante le ore diurne e che permettono di mantenere la persona al proprio domicilio.

Le strutture residenziali forniscono un complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie, compresi i ricoveri di sollievo, erogati a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

L'accesso alle strutture avviene a seguito di una valutazione multidimensionale effettuata da una équipe multidisciplinare che redige un PAI (Piano Assistenziale Individuale).

Assistenza socio-sanitaria residenziale per cure palliative alle persone in fase terminale della vita (art. 31 DPCM 12 gennaio 2017)

L'erogazione delle cure palliative residenziali, nell'ambito della Rete locale di cure palliative, avviene presso strutture residenziali (Hospice) che garantiscono il complesso integrato di accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica, la somministrazione di preparati di nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere e il sostegno spirituale.

Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali, e sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Dal punto di vista funzionale, l'Hospice è quel luogo in cui i malati vengono accolti temporaneamente o definitivamente quando non possono essere assistiti a domicilio per particolare aggravamento delle condizioni cliniche, o per impossibilità dei familiari a garantire l'assistenza necessaria, per mancanza del Care-giver (familiare di riferimento) o per inadeguatezza dell'abitazione.

Tariffe

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
- 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 i extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali 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 (*cf. 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.