

Tabella 1

Nuovo Modello Tariffario per strutture RSA e Centri diurni per anziani					
Livello di intensità	Tariffa giornaliera	Di cui a Carico SSR in %	Di cui a carico utente/comune in %	Di cui a Carico SSR	<i>Di cui a carico utente/comune</i>
NAT	€ 132,62	50,00%	50,00%	€ 66,31	€ 66,31
Alta Intensità Liv. Inc. (12)	€ 104,44	50,00%	50,00%	€ 52,22	€ 52,22
Alta (10/11)	€ 95,73	50,00%	50,00%	€ 47,87	€ 47,87
Media Alta (9)	€ 88,00	50,00%	50,00%	€ 44,00	€ 44,00
Media (7/8)	€ 77,36	50,00%	50,00%	€ 38,68	€ 38,68
Medio Bassa (6)	€ 73,00	50,00%	50,00%	€ 36,50	€ 36,50
Bassa (5)	€ 71,56	50,00%	50,00%	€ 35,78	€ 35,78
C.D.I - C.D.I.A.	€ 46,00	50,00%	50,00%	€ 23,00	€ 23,00
C.D.A.A. - C.D.A.I.	€ 70,00	50,00%	50,00%	€ 35,00	€ 35,00

Deliberazione della Giunta Regionale 2 agosto 2013, n. 85-6287

Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

La Giunta regionale con deliberazione n. 45-4248 del 30 luglio 2012 ha definito il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti. Il provvedimento ha rivisto la normativa esistente nell'ottica di migliorare la flessibilità del servizio, semplificare il contesto normativo e predisporre le basi per garantire la sostenibilità economica di uno dei servizi cardine del sistema integrato dei servizi socio-sanitari.

La citata deliberazione n. 45-4248/2012 non ha previsto le tariffe da applicare nelle strutture accreditate e convenzionate con il SSR, ma ha demandato *“a successivo provvedimento la definizione del modello di remunerazione delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti a favore delle tipologie di utenza delle fasce assistenziali, individuate nella tabella 1, erogate dalle strutture residenziali e la relativa ripartizione tra quota sanitaria e quota socio-assistenziale”*.

Attualmente tutte le tariffe riconducibili alle prestazioni di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29 novembre 2001, tra le quali ricadono anche le rette di ricovero in strutture per anziani non autosufficienti, sono quelle previste dalla D.G.R. n. 64-13649 del 22 marzo 2010, ma “congelate” alla data del 31 dicembre 2011 per effetto delle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 66-3253 del 30 dicembre 2011 con la quale viene sospesa: *“per gli anni 2012 e 2013, per le tipologie di prestazioni dell'area socio-sanitaria residenziali e semiresidenziali di cui all'Allegato 1C del D.P.C.M. del 29 novembre 2001, erogate in strutture accreditate, pubbliche e private, l'applicazione di tutte le norme regionali che prevedono un adeguamento delle tariffe al tasso di inflazione programmata o comunque altri adeguamenti automatici”* e viene stabilito che *“le ASL, per gli anni 2012 e 2013, per le medesime prestazioni di cui al punto precedente, non possono riconoscere tariffe superiori a quelle corrisposte al 31 dicembre 2011.”*

Inoltre, dal monitoraggio effettuato dalla Direzione Politiche Sociali sui dati delle ASL del 2011, risulta che le aziende sanitarie regionali riconoscono tariffe diversificate. In particolare su circa 15.000 posti letto convenzionati col S.S.R. a circa 9.000 vengono applicate tariffe inferiori alla attuale soglia massima prevista dalla D.G.R. n. 64-13649 del 22 marzo 2010 e congelate dalla D.G.R. n. 66-3253 del 30 dicembre 2011, realizzando un quadro tariffario e di spesa a carico del servizio sanitario regionale disomogeneo e discrezionale che ricade pesantemente sugli enti erogatori delle prestazioni assistenziali.

Il quadro regionale vede infine, la presenza di consistenti graduatorie in tutte le ASR per l'accesso alle prestazioni di assistenza residenziale, monitorate dalla Regione in ottemperanza all'ordine del giorno del Consiglio Regionale n. 191 del 12 gennaio 2011 e recentemente oggetto della D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2013 *“Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza del T.A.R. Piemonte n. 141/2013”* tesa a dare attuazione all'Ordinanza del TAR n. 141/2013 che prescrive alla Regione di *“apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani”*.

Con il citato provvedimento è stato destinato alla copertura delle spese per le tariffe di ricovero nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti un apposito budget, pari a € 265 milioni di

euro, sono state riviste le modalità di presa in carico della persona valutata non autosufficiente, ed è stato posto l'accento sull'appropriatezza della tipologia del progetto individuale, partendo dal principio di assicurare un impegno più consistente per il mantenimento a domicilio della persona anziana non autosufficiente.

Il budget è stato determinato partendo dal consuntivo dell'attività delle ASL 2012, mantenendo inalterata la spesa effettiva (al netto della spesa dei "costi di produzione"), prevede un recupero di risorse grazie alla riduzione media del 3,3% delle tariffe di ricovero e al riallineamento al D.P.C.M. del 29 novembre 2001 della quota di compartecipazione nelle tariffe relative all'Alta Intensità, all'Alta Intensità Incrementata e ai Nuclei Alzheimer Temporanei.

Un'attenta programmazione delle risorse assegnate, coniugata con l'applicazione del nuovo modello gestionale introdotto dalla D.G.R. 45-4248/2012, l'allineamento delle tariffe alle previsioni del D.P.C.M. del 29 novembre 2001 ed i risparmi derivanti dal nuovo Piano tariffario, di cui al presente provvedimento, permetteranno un recupero di risorse da investire nell'incremento del 15% dei posti-letto disponibili per il servizio sanitario regionale entro la fine del 2015.

Con il presente provvedimento si procede, pertanto, alla definizione di un Piano tariffario, che assicuri una remunerazione appropriata, anche in virtù della nuova rimodulazione delle intensità assistenziali, frutto delle modifiche di carattere organizzativo-gestionali apportate dalla D.G.R. n. 45-4248/2012, che ha introdotto nuovi parametri assistenziali, in grado di garantire risposte maggiormente calibrate ai bisogni degli utenti.

Il nuovo Piano Tariffario, di cui alla Tabella 1), facente parte integrante del presente provvedimento, dispone un'adeguata remunerazione delle prestazioni in applicazione dei livelli di assistenza previsti dalla D.G.R. n. 45-4248/2012 in relazione alla fascia assistenziale individuata nel Piano di Assistenza Individuale, a tutela dell'utente e garantisce il rispetto dei D.P.C.M. 14 febbraio e 29 novembre 2001, come richiesto dal Ministero della Salute, tramite il *"Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005"*, che, nella verifica degli adempimenti relativi all'anno 2012 (c.d. "Questionario LEA"), relativamente alle quote di compartecipazione, richiede quanto segue:

"Nel caso in cui le quote di compartecipazione si discostino in modo significativo dalla previsione dell'Allegato C D.P.C.M. 29 novembre 2001, l'eventuale adempienza sarà accompagnata dall'impegno della Regione ad adeguarle entro il 2013".

Tale adempimento è, tra l'altro, indirizzato alla verifica degli adempimenti necessari per l'accesso delle regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

Inoltre, il Piano Tariffario di cui alla Tabella 1) tiene conto dell'obbligo per la Regione di garantire la stabilità finanziaria, la revisione, la razionalizzazione e il risparmio della spesa sanitaria, anche attraverso la riduzione delle spese per acquisti di beni e servizi, in armonia con i principi enunciati dalla Legge 15 luglio 2011 e dal decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in L. n. 135 del 7 agosto 2012.

LE CONSULTAZIONI CON LE PARTI SOCIALI

Il Piano Tariffario, di cui alla Tabella 1) è stato oggetto di un'ampia consultazione con le parti sociali.

Le Organizzazioni sindacali, con propria nota, hanno fatto pervenire ulteriori indicazioni, che hanno sottolineato, tra l'altro, l'importanza del vincolo di spesa per i servizi residenziali delle risorse finanziarie assegnate alle ASR, e dell'attenzione alle possibili ricadute degli incrementi tariffari su cittadini ed enti gestori nelle aree della Regione Piemonte, ove le tariffe praticate presentano valori sotto soglia.

Inoltre le OO.SS. richiedono un espresso rimando a quanto previsto dalla D.G.R. 22 maggio 2006, n. 79-2953 relativamente all'integrale applicazione del contratto di lavoro stipulato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale.

Le associazioni di rappresentanza dei soggetti gestori delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti sul tema della definizione di tariffe coerenti con il nuovo modello organizzativo-gestionale introdotto dalla DGR 45-4248/2012, hanno fornito un'articolata serie di indicazioni sulla definizione del nuovo Piano tariffario e proposto ulteriori modifiche al modello organizzativo-gestionale delle residenze individuato dalla DGR 45-4248/2012, a garanzia ulteriore della sua sostenibilità economico-finanziaria, nonché richiesto specifici impegni sul budget destinato all'assistenza residenziale ed indirizzi vincolanti alle aziende sanitarie locali per il suo impiego a livello locale.

Si è, quindi, ritenuto opportuno condividere la richiesta di ridurre le disomogeneità territoriali nell'erogazione del servizio ed eliminare le differenze tariffarie esistenti, stabilendo l'obbligatorietà delle tariffe su tutto il territorio regionale.

Nelle strutture che applicano tariffe sotto soglia, al fine di evitare bruschi incrementi tariffari ricadenti sui cittadini e gli enti gestori, si è considerato necessario procedere gradualmente all'allineamento al nuovo Piano Tariffario, prevedendo, sia per gli utenti già inseriti che per quelli che verranno inseriti dopo l'approvazione del presente provvedimento, quattro step che andranno a coprire la differenza tra la tariffa attualmente in vigore e quella definita nel Piano Tariffario di cui alla Tabella 1) .

Ciascuno di questi step contempla un incremento tariffario pari al 25% della differenza tra la tariffa in vigore al 30/09/2013 e quella definita nel Piano Tariffario.

Le ASL competenti riconosceranno alle strutture di ricovero interessate la tranche di incremento definita con le seguenti decorrenze:

- 01/10/2013 ; 01/03/2014 ; 01/09/2014 ; 01/03/2015.

Le strutture che attualmente applicano una tariffa la cui differenza, rispetto a quella definita nel Piano Tariffario, è uguale o inferiore a 2 Euro, sono tenute ad allinearsi al Piano Tariffario con un unico step, con decorrenza il 01/10/2013.

Le strutture interessate dall'allineamento tariffario di cui sopra sono tenute, a inviare agli utenti, alle ASL che hanno in carico gli ospiti e agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali almeno nei 15 giorni antecedenti al primo incremento tariffario una comunicazione scritta, con la quale li si informa:

- degli incrementi tariffari che saranno applicati;
- delle date di decorrenza degli incrementi tariffari;
- dell'importo totale delle nuove tariffe;
- delle quote a carico dell'Utente/Comune e delle quote a carico del S.S.R..

Tale percorso di progressione sarà monitorato dalla Direzione Politiche Sociali e per la Famiglia anche con l'effettivo supporto della Commissione Tecnica regionale, prevista dalla D.G.R. 45-4248/2012, individuata nelle sue componenti nell'Allegato B che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Le strutture che attualmente applicano una tariffa superiore a quella prevista dal nuovo Piano Tariffario devono procedere con la riduzione della tariffa con decorrenza dal 01/10/2013, dandone comunicazione scritta agli utenti, alle ASL che hanno in carico gli ospiti e agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

Si è, inoltre, condiviso la necessità di procedere a valutare nel merito il conseguimento dei risultati attesi in merito all'ampliamento della risposta residenziale agli anziani non autosufficienti, entro i due anni di validità del presente Piano tariffario attraverso il supporto della Commissione Tecnica Regionale sopra citata.

Tale valutazione, da realizzarsi entro la fine del 2015, sulla scorta dei dati del monitoraggio, circa l'effettivo andamento delle convenzioni, l'applicazione delle nuove norme introdotte, il percorso di progressione effettuato nonché le condizioni finanziarie esistenti, consentirà di procedere alla definizione del successivo Piano Tariffario 2016-2017.

Ai fini della sostenibilità economico-finanziaria del Piano tariffario di cui alla Tabella 1) e ad una prima analisi dell'applicazione della D.G.R. n. 45-4248/2012 si è ritenuto opportuno introdurre alcune modifiche ai requisiti gestionali, contenuti nell'Allegato A che fa parte integrante del presente provvedimento, che non incidono sulla qualità dell'assistenza, ma che comportano risparmi di spesa nella gestione delle residenze per anziani.

Un'ulteriore indicazione pervenuta dalle organizzazioni sindacali riguarda l'introduzione dei servizi aggiuntivi previsti dal punto 7 dell'allegato A) alla DGR 45-4248/2012, da cui deriva l'applicazione di una quota aggiuntiva a carico dell'utente. Per questi casi si ritiene precisare alcuni criteri di garanzia degli ospiti, contenuti nell'Allegato A che fa parte integrante del presente provvedimento.

Si ritiene, pertanto, di procedere ad una modifica della D.G.R. n. 45-4248/2012 con particolare riferimento agli standard di presenza del Direttore di struttura e di quello sanitario, nonché alla possibilità di richiedere le quote aggiuntive agli ospiti già presenti in struttura senza integrazione da parte dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali, garantendo comunque la libera scelta dell'utente di aderire o recedere da questa nuova forma contrattuale.

Si è ritenuto, infine, di fornire indicazioni operative aggiuntive alle Aziende Sanitarie Locali, contenute nell'Allegato C facente parte integrante del presente provvedimento, per consentire un'ordinata ed efficace gestione da parte delle Unità di Valutazione Geriatrica della valutazione degli assistiti ai fini dell'attribuzione del nuovo livello di intensità assistenziale, in costanza dell'ulteriore carico di lavoro determinato dall'approvazione della D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2013.

Infine, in considerazione della particolare attenzione che la Regione è chiamata a porre riguardo alle dinamiche di crescita dei costi, per cui non è più possibile affidare a strumenti di incremento automatico la revisione tariffaria, e della definizione dei requisiti gestionali e strutturali da parte della D.G.R. n. 45-4248/2012, si deve procedere con la modifica della Deliberazione della Giunta Regionale 7 dicembre 2009, n. 44-12758 *“Approvazione dello schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie*

accreditate” come da Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, anche per quanto inerente l’adeguamento alle innovazioni gestionali introdotte dalla D.G.R. n. 45-4248/2012 e dal presente provvedimento.

Considerate le indicazioni programmatiche contenute nella D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013 e le attività collegate al Programma Operativo 2013-2015 in fase di definizione, per cui si procederà con successivo provvedimento alla revisione delle prestazioni di continuità assistenziale, si ritiene opportuno abrogare le norme, inerenti questa tipologia di prestazioni, erogate nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie, contenute nella D.G.R. 45-4248/2012 (punto 8 dell’Allegato 1). La continuità assistenziale potrà essere ancora effettuata nelle RSA adeguando i requisiti organizzativi alla continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla DGR 6-5519 del 14 marzo 2013.

Vista la Legge 26 marzo 2010, n. 42, *“Interventi urgenti concernenti enti locali e regioni”*;
visto l’art. 16 della Legge regionale 23 luglio 2008, n. 23 *“Disciplina dell’organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale”*;
visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001;
visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1 C;
vista la Legge 30 dicembre 2004, n. 311 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”*;
vista l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
vista la Legge 7 agosto 2012 n. 135 del 7 agosto 2012, *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”*;
vista la D.C.R. 3 aprile 2012, n. 167-14087, *“Approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2015...”*;
vista la D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003, *“Accordo Regione-territorio per l’applicazione dei L.E.A. sull’area socio-sanitaria”*;
vista la Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, *“Realizzazione Sistema Integrato di interventi e servizi sociali”*;
vista la D.G.R. 22 maggio 2006, n. 79-2953 *“Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli Enti Pubblici e il Terzo Settore”*;
vista la D.G.R. 35-9199 del 14 luglio 2008, *“D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226, relativa al nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti - Presa d'atto del profilo del Direttore di Comunità Socio-Sanitaria e definizione delle modalità attuative dei relativi percorsi formativi”* ;
vista la D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, *“Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie”*;
vista la D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010, *“Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009”*;
vista la D.G.R. 44-1615 del 28 febbraio 2011, *“(Addendum)”*;
vista la D.G.R. 66-3253 del 30 dicembre 2012, *“Interventi urgenti in materia di periodico adeguamento delle tariffe per i servizi residenziali e semiresidenziali erogati in strutture sociosanitarie accreditate con il S.S.R.”*;
vista la D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, *“Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”* ;
vista la D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013, *“Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza del T.A.R. Piemonte n. 141/2013”*.

Acquisito il parere del CO.RE.SA. espresso nella seduta del 02 luglio 2013.

Acquisito il parere della Conferenza Permanente Regione – Autonomie Locali espresso nella seduta del 1° agosto 2013.

Resa l'informativa alla IV Commissione in data 19 giugno 2013;

la Giunta Regionale, a voti unanimi,

delibera

- di approvare, per i motivi espressi in premessa, il Piano Tariffario che riporta l'indicazione delle tariffe complessiva per le fasce assistenziali previste dalla D.G.R. n. 45- 4248 del 30 luglio 2012, nonché la ripartizione tra quota a carico del SSR (quota sanitaria) e quota a carico dell'utente o integrata dall'Ente gestore delle funzioni socio assistenziali (quota utente/comune), come descritto nell'allegata Tabella 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, in ottemperanza alle disposizioni del D.P.C.M. 29 dicembre 2001 Allegato 1, punto 1 C;
- di stabilire che il Piano Tariffario approvato entra in vigore il 01/10/2013 e rimane in vigore fino al 31 dicembre 2015;
- di disporre che le tariffe indicate nel Piano Tariffario devono essere applicate inderogabilmente su tutto il territorio regionale per i posti letto convenzionati in strutture accreditate con il SSR;
- di stabilire, nelle strutture che applicano tariffe sotto soglia, di procedere gradualmente all'allineamento al nuovo Piano Tariffario con le modalità descritte in premessa, prevedendo, sia per gli utenti già inseriti che per quelli nuovi, quattro step che andranno a coprire la differenza tra la tariffa attualmente in vigore e quella definita nel Piano Tariffario di cui alla Tabella 1). Ciascuno di questi step contempla un incremento tariffario pari al 25% della differenza tra la tariffa in vigore al 30/09/2013 e quella definita nel Piano Tariffario e si applicherà il 01/10/2013, il 01/03/2014, il 01/09/2014 e il 01/03/2015;
- di disporre che le strutture che attualmente applicano una tariffa la cui differenza, rispetto a quella definita nel Piano Tariffario, è uguale o inferiore a 2 Euro, sono tenute ad allinearsi al Piano Tariffario con un unico step, con decorrenza il 01/10/2013;
- di stabilire nelle strutture che attualmente applicano una tariffa superiore a quella prevista dal nuovo Piano Tariffario di procedere con la riduzione della tariffa con decorrenza dal 01/10/2013;
- di approvare l'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con cui vengono introdotte alcune modifiche, abrogazioni e integrazioni alla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 e alla D.G.R. n. 44-12758 del 7 dicembre 2009, inerenti l'organizzazione della struttura e lo schema contrattuale con il quale sono determinati i rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie accreditate, dando atto che ulteriori modifiche potranno essere adottate, previo confronto con le OO.SS., all'esito del monitoraggio dell'applicazione del presente provvedimento con particolare attenzione a garantire la sopravvivenza delle piccole strutture di territorio e a considerare l'incidenza dei differenti costi di investimento e di produzione;

- di fornire, in merito ai servizi aggiuntivi previsti dal punto 7 dell'allegato A) alla DGR 45-4248/2012, alcuni criteri di garanzia degli ospiti, contenuti nell'Allegato A che fa parte integrante del presente provvedimento.
- di disporre la definizione della composizione e delle modalità di funzionamento della Commissione Tecnica Regionale in osservanza a quanto previsto al punto 1.1 dell'Allegato 1 della D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, come descritto nell'Allegato B, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di fornire alcune indicazioni operative per l'individuazione delle nuove intensità assistenziali in applicazione della D.G.R. n. 45-4248/2012, descritte nell'Allegato C, che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di dare atto che gli oneri, connessi alla definizione del budget, pari a € 265 mln di euro, nei limiti dei costi dichiarati dalle ASL nell'esercizio 2012, per la copertura delle quote sanitarie delle rette di ricovero in strutture residenziali, con finanziamento obiettivo da ripartire alle ASL nell'ambito del riparto del fondo sanitario regionale per l'anno 2013, trovano copertura sull'UPB 20151 del bilancio finanziario 2013;
- di incaricare la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia di predisporre il programma di assegnazione degli obiettivi di servizio (numero di giornate) alle ASL e di ripartire il budget di cui al precedente punto sulla base degli obiettivi individuati;
- di abrogare le norme, inerenti le prestazioni di continuità assistenziale già erogate nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie, contenute nella D.G.R. 45-4248/2012 (punto 8 dell'Allegato 1) e di prevedere la possibilità per le strutture RSA di proseguire l'offerta di prestazioni di continuità assistenziale adeguando i requisiti organizzativi alla continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla DGR 6-5519 del 14 marzo 2013;
- di richiamare la piena applicazione delle disposizioni contenute nella D.G.R. 22 maggio 2006, n. 79-2953 relativamente all'integrale applicazione del contratto di lavoro stipulato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Allegato A – Modifiche alla normativa regionale

1. Modifiche e abrogazioni apportate alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”

- 1.1 Il terzo paragrafo del punto 4.1 “Responsabile di struttura” dell’Allegato 1 è così modificato:
“L’incarico di Direttore di Comunità Socio-sanitaria, per strutture autorizzate con meno di 120 p.l. di R.S.A., può essere assegnato per un massimo di tre strutture con al massimo 150 p.l. complessivi”.
- 1.2 Il secondo paragrafo del punto 4.2 “Direttore sanitario” dell’Allegato 1 è così modificato:
“L’incarico di Direttore sanitario, per strutture con meno di 120 p.l. di cui sopra, può essere assegnato per un massimo di tre strutture con al massimo 150 p.l. complessivi”.
- 1.4 Nel quinto paragrafo del punto 5.3 dell’Allegato 1 “Assistenza tutelare alla persona”, è eliminata l’espressione *“(letto, comodo)”*.
- 1.5 Nell’Allegato 1, il punto 5.5 “Altre attività”, è sostituito dal seguente:

“5.5. Assistenza protesica, integrativa e farmaci

Per tutti gli ospiti ricoverati in struttura, residenti in Regione Piemonte, l’assistenza specialistica, protesica, integrativa, farmaceutica e le prestazioni diagnostico-terapeutiche sono garantite dall’A.S.L. dove è ubicata la struttura, ove possibile direttamente presso la struttura ospitante, secondo le necessità degli ospiti.

Per quanto riguarda l’assistenza protesica ed integrativa, si specifica quanto segue:

- *la fornitura di protesi ed ortesi, previste dagli Elenchi 1, 2 (esclusi quelli espressamente previsti dal presente provvedimento) e 3 del D.M. 332/99 è garantita dalle A.S.L. di residenza degli ospiti, sia per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato, secondo le disposizioni delle vigenti normative e dell’organizzazione delle singole ASL;*
- *l’ASL concorda con le strutture che insistono nel suo territorio le modalità della fornitura diretta di presidi degli Elenchi 2 e 3 del D.M. 332/99 oggetto di gara; per gli ospiti residenti in ASL diversa da quella in cui è ubicata la struttura, le due ASL interessate dovranno concordare modalità di compensazione dell’eventuale spesa sostenuta dall’ASL in cui insiste la struttura;*
- *letti, cuscini e materassi antidecubito, nonché sollevatori con relative imbracature, con le caratteristiche previste dal D.M. 332/99, devono essere garantiti dalla struttura residenziale;*
- *la fornitura di presidi antidecubito con caratteristiche particolari, deve essere a carico dell’ASL di residenza della persona inserita in struttura in base ad uno specifico progetto assistenziale definito con il Distretto dell’ASL di residenza.*

L’A.S.L. in cui è ubicata la struttura garantisce sia per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato:

- ❖ *la fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell’assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali. L’erogazione di farmaci non presenti in PTA (farmaci ad personam o farmaci in fascia C) agli ospiti delle strutture socio-sanitarie è valutata dalla Commissione Terapeutica Aziendale;*

- ❖ *la fornitura diretta dei prodotti per la Nutrizione Artificiale, dei supplementi nutrizionali orali calorici (per pazienti malnutriti) e dei sostituti dell'acqua (per pazienti disfagici), sulla base del Piano Nutrizionale;*
- ❖ *la fornitura diretta di materiale di medicazione avanzata, sulla base di piani terapeutici rilasciati da Specialisti del SSN, nei quadri clinici e con le modalità di prescrizione previste dalle attuali disposizioni regionali. I dispositivi individuati devono essere previsti nel Prontuario Aziendale; per quanto riguarda la fornitura del materiale di medicazione, la struttura deve essere dotata del materiale necessario per l'intervento episodico o acuto; mentre per il materiale necessario per medicazioni continue o riferite a piani terapeutici, prescrivibili direttamente dai MMG, si applica quanto previsto dalla DGR 21-11426 del 18/05/2009.*
- ❖ *fornitura diretta del materiale necessario all'automonitoraggio glicemico per pazienti diabetici;*

Per gli ospiti che necessitino di ossigenoterapia l'erogazione può avvenire:

- *direttamente dall'ASL in cui insiste la struttura*
- *mediante l'utilizzo dell'apposito impianto eventualmente esistente nella struttura stessa, nel qual caso il costo dell'ossigeno è posto a carico del SSR - con specifica fattura – e non deve essere superiore al costo che l'ASL sosterebbe mediante la fornitura diretta.*

Per gli ospiti residenti in ASL diversa da quella in cui è ubicata la struttura, le due ASL interessate dovranno concordare modalità di compensazione dell'eventuale spesa sostenuta dall'ASL in cui insiste la struttura.

Il Direttore Sanitario della struttura, o, dove non ne è prevista la presenza, il Direttore di Comunità Socio-sanitaria, si deve raccordare con i Servizi Aziendali competenti dell'ASL in cui è ubicata la struttura per dare attuazione a quanto sopra indicato, compatibilmente con i modelli organizzativi in essere presso le singole ASL”.

1.6. Nel secondo paragrafo del punto 6.5 “Farmaci non esenti” dell’Allegato 1 si rettifica la dicitura “Altre attività sanitarie” con “Assistenza protesica, integrativa e farmaci”.

1.7. Nell’Allegato 1, dopo il punto 6.5, è inserito il seguente punto:

“ 6.6 Trasporti

I costi per:

- *il trasporto in ambulanza, per persone non altrimenti trasferibili, per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche, specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale, o per ricovero ospedaliero programmato, per gli utenti in convenzione con integrazione tariffaria da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali, sono a carico dell'ASL di residenza della persona; coloro che non fruiscono di detta integrazione tariffaria provvedono in proprio al pagamento del costo del trasporto;*
- *il rientro da ricovero ospedaliero sono a carico della struttura in quanto compresi nella tariffa giornaliera.*

1.8 Il sesto paragrafo del punto 7 “Servizi aggiuntivi” dell’Allegato 1 è così modificato:
*“La quota socio-assistenziale differenziata si può applicare anche agli ospiti già inseriti in struttura prima della comunicazione annuale di cui al secondo capoverso.
 In tal caso la struttura ospitante deve inviare comunicazione scritta all'ospite e all'ASL che ha in carico l'utente e l'ospite o il suo rappresentante legale è tenuto ad accettare o a rifiutare per iscritto entro 60 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione.*

Qualora l'ospite non intenda usufruire dei servizi aggiuntivi o non sia in grado di esprimere il suo consenso/rifiuto, l'ASL individuerà entro 60 giorni una soluzione residenziale analoga in altro nucleo della medesima struttura senza servizi aggiuntivi (se disponibile) o in altra struttura accreditata”.

Sono servizi aggiuntivi:

- erogazione dimostrabile di maggiore minutaggio OSS ulteriore rispetto a quello previsto nei requisiti di funzionamento;*
- erogazione dimostrabile di maggiore minutaggio servizi sanitari (IP-FKT, etc) ulteriore rispetto a quello previsto nei requisiti di funzionamento;*
- presenza di infermiere professionale nella notte laddove non obbligatoriamente previsto e comunque aggiuntivo ai minutaggi previsti dal presente provvedimento;*
- attività medico specialistica interna;*
- attività di animazione, innovative e aggiuntive rispetto a quelle previste nei requisiti di accreditamento, che comportano costi per le strutture che le attuano.*

Ulteriori servizi aggiuntivi possono essere autorizzati dall'Ente accreditante del territorio e sottoposti al monitoraggio della Commissione Tecnica Regionale con informazione alle OO.SS..”

1.9 Nell'Allegato 1, il punto 8 *“Il percorso di continuità assistenziale nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie”* è abrogato.

1.10 Nell'Allegato 5, il punto 5 *“Altre prestazioni comprese nella quota sanitaria”* è sostituito dal punto 5 *“Altre prestazioni garantite dall'ASL”* nel seguente modo:

5.1 *Assistenza specialistica, protesica, integrativa, farmaceutica e le prestazioni diagnostico-terapeutiche sono garantite dall'A.S.L. dove è ubicata la struttura, ove possibile direttamente presso la struttura ospitante, secondo le necessità degli ospiti, per tutti gli ospiti ricoverati in struttura, residenti in Regione Piemonte.*

5.1.1 *Per quanto riguarda l'assistenza protesica ed integrativa:*

- la fornitura di protesi ed ortesi, previste dagli Elenchi 1, 2 (esclusi quelli espressamente previsti dal presente provvedimento) e 3 del D.M. 332/99 è garantita dalle A.S.L. di residenza degli ospiti, sia per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato, secondo le disposizioni delle vigenti normative e dell'organizzazione delle singole ASL;*
- l'ASL concorda con le strutture che insistono nel suo territorio le modalità della fornitura diretta di presidi degli Elenchi 2 e 3 del D.M. 332/99 oggetto di gara; per gli ospiti residenti in ASL diversa da quella in cui è ubicata la struttura, le due ASL interessate dovranno concordare modalità di compensazione dell'eventuale spesa sostenuta dall'ASL in cui insiste la struttura;*
- letti, cuscini e materassi antidecubito, nonché sollevatori con relative imbracature, con le caratteristiche previste dal D.M. 332/99, devono essere garantiti dalla struttura residenziale;*
- la fornitura di presidi antidecubito con caratteristiche particolari, deve essere a carico dell'ASL di residenza della persona inserita in struttura in base ad uno specifico progetto assistenziale definito con il Distretto dell'ASL di residenza.*

5.1.2 *Per quanto riguarda i farmaci, l'A.S.L. in cui è ubicata la struttura garantisce sia per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato:*

- la fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali. L'erogazione di farmaci non presenti in PTA (farmaci ad personam o farmaci in fascia C)*

agli ospiti delle strutture socio-sanitarie è valutata dalla Commissione Terapeutica Aziendale;

- la fornitura diretta dei prodotti per la Nutrizione Artificiale, dei supplementi nutrizionali orali calorici (per pazienti malnutriti) e dei sostituti dell'acqua (per pazienti disfagici), sulla base del Piano Nutrizionale;

- la fornitura diretta di materiale di medicazione avanzata, sulla base di piani terapeutici rilasciati da Specialisti del SSN, nei quadri clinici e con le modalità di prescrizione previste dalle attuali disposizioni regionali. I dispositivi individuati devono essere previsti nel Prontuario Aziendale; per quanto riguarda la fornitura del materiale di medicazione, la struttura deve essere dotata del materiale necessario per l'intervento episodico o acuto; mentre per il materiale necessario per medicazioni continue o riferite a piani terapeutici, prescrivibili direttamente dai MMG, si applica quanto previsto dalla DGR 21-11426 del 18/05/2009.

- la fornitura diretta del materiale necessario all'automonitoraggio glicemico per pazienti diabetici;

5.1.3 Per quanto riguarda i farmaci, l'A.S.L. in cui è ubicata la struttura garantisce sia per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato:

- direttamente dall'ASL in cui insiste la struttura

- mediante l'utilizzo dell'apposito impianto eventualmente esistente nella struttura stessa, nel qual caso il costo dell'ossigeno è posto a carico del SSR - con specifica fattura – e non deve essere superiore al costo che l'ASL sosterebbe mediante la fornitura diretta.

1.10 Nell'Allegato 5 il punto 6, dopo l'espressione " I servizi e le prestazioni di cui sopra sono ricompresi nella tariffa globale giornaliera; le strutture non possono richiedere somme aggiuntive alla retta a carico dell'ospite", è integrato nel seguente modo:

I costi per:

- il trasporto in ambulanza, per persone non altrimenti trasferibili, per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche, specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale, o per ricovero ospedaliero programmato, per gli utenti in convenzione con integrazione tariffaria da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali, sono a carico dell'ASL di residenza della persona; coloro che non fruiscono di detta integrazione tariffaria provvedono in proprio al pagamento del costo del trasporto;

- il rientro da ricovero ospedaliero sono a carico della struttura in quanto compresi nella tariffa giornaliera.

2. Modifiche apportate allo "Schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate" di cui alla D.G.R. 44 - 1275 del 17 dicembre 2009.

2.1 L'art. 5 "Sistema tariffario e pagamenti" è così sostituito:

1. Per le strutture per anziani non autosufficienti di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, la tariffa giornaliera, comprensiva della quota sanitaria e quota socio-assistenziale a carico dell'utente/Comune, è determinata dal Piano Tariffario regionale in vigore, in relazione alla fascia assistenziale e con suddivisione della compartecipazione al costo nella misura ivi stabilita.

Le eventuali modifiche del Piano Tariffario troveranno immediata applicazione, senza che occorra una specifica integrazione o modifica del presente contratto.

2. Per le altre tipologie di strutture socio-sanitarie, la tariffa, comprensiva della quota sanitaria e quota socio-assistenziale a carico dell'utente/Comune, applicabile nei confronti della tipologia di utenza che può accedere ai posti diurni e ai posti letto accreditati e convenzionati con il sistema pubblico (AA.SS.LL.; Comuni) è fissata per il seguente periodo in:

- a) €/die per la seguente tipologia di utenza/intensità di assistenza;
- b) €/die per la seguente tipologia di utenza/; intensità di assistenza;
- c) €/die per la seguente tipologia di utenza/; intensità di assistenza;

con suddivisione della compartecipazione a tale costo nella misura stabilita dalla normativa regionale di riferimento.

3. Per le tipologie indicate al punto 2 l'ASL contraente è tenuta a corrispondere al presidio, nel rispetto delle disposizioni vigenti, la quota tariffaria prevista in:

- a) €/die per la seguente tipologia di utenza/intensità di assistenza;
- b) €/die per la seguente tipologia di utenza/; intensità di assistenza;
- c) €/die per la seguente tipologia di utenza/; intensità di assistenza.

4. Per le tipologie indicate al punto 2 la quota tariffaria a carico dell'utente/comune che, qualora ne ricorrano i presupposti previsti dalle disposizioni in materia, potrà essere parzialmente integrata dal soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali competente per territorio di residenza del cittadino utente, è stabilita in:

- a) €/die per la seguente tipologia di utenza/intensità di assistenza;
- b) €/die per la seguente tipologia di utenza/; intensità di assistenza;
- c) €/die per la seguente tipologia di utenza/; intensità di assistenza.

5. I valori tariffari sopraindicati, ad eccezione di quelli per le strutture RSA per anziani non autosufficienti di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, sono soggetti ad adeguamento al tasso di inflazione programmato con DPEF nazionale che decorre dal primo gennaio dell'anno successivo. Tali valori costituiscono il riferimento anche per le esternalizzazioni totali o parziali di servizi.

L'aggiornamento periodico delle tariffe per le strutture RSA per anziani non autosufficienti di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 è definito dalla Regione Piemonte con cadenza di norma biennale.

6. Le attività, i servizi, le prestazioni erogabili dalle strutture, qualora non incluse nella tariffa residenziale e semiresidenziale pertanto, a totale carico dell'utente, sono esclusivamente quelle indicate dalla normativa di riferimento; il costo di ogni singola attività, servizio, prestazione extra tariffaria ha validità per il periodo considerato e deve essere preventivamente comunicato all'Unità Valutativa dell'ASL, alla Commissione di Vigilanza e al Soggetto Gestore delle funzioni socio-assistenziali al fine di rendere edotto l'utente al momento della scelta del presidio. Nel caso la persona anziana decida di avvalersi di tutte o di singole attività, servizio o prestazioni extra tariffa, i relativi costi dovranno essere mensilmente fatturati con indicazione analitica.

7. Il costo dei servizi aggiuntivi, di cui al punto 7 dell'Allegato 1 alla D.G.R. 45-4248/2012, ha validità per il periodo considerato e deve essere preventivamente comunicato all'ASL di competenza territoriale e si può applicare ai soli utenti senza integrazione dell'Ente Gestori delle funzioni socio assistenziali; dovrà, inoltre, essere mensilmente fatturato con indicazione analitica.

8. I requisiti organizzativi e gestionali, da rispettare da parte del presidio sono quelli previsti dalla vigente normativa regionale richiamata nell'Allegato A) alla D.G.R, 14.09.2009, n. 25-12129 per ogni specifica tipologia di utenza. Eventuali modifiche, integrazioni, nuove disposizioni, in merito ai requisiti organizzativi e gestionali avanti richiamati troveranno immediata applicazione senza che occorra una specifica integrazione o modifica del presente contratto, fermo restando al precedente punto 5.

9. Il presidio è altresì tenuto, nel tempo, a garantire il mantenimento ed il pieno rispetto degli ulteriori requisiti gestionali previsti dalla D.G.R. 14.09.2009, n. 25-12129, nonché ad eseguire, qualora ne ricorrano i presupposti, gli adeguamenti strutturali stabiliti dalla D.G.R. n. 25-12129/2009 d'anziché richiamata.

10. Eventuali incrementi tariffari per particolari tipologie di utenza, non riconducibili alle fasce assistenziali di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, saranno riconosciuti sulla base di specifico progetto individuale o di specifica integrazione contrattuale, previa validazione da parte dei soggetti pubblici contraenti il presente contratto o da parte di soggetti pubblici invianti qualora l'utente provenga da un comune ubicato al di fuori dell'area territoriale di riferimento dei soggetti pubblici contraenti il presente contratto.

11. Le parti danno atto che il convenzionamento di cui al presente contratto avviene senza impegno di utilizzo e di remunerazione dei posti diurni e dei posti letto convenzionati, ma solo di quelli utilizzati dai cittadini assistibili riconosciuti dall'A.S.L. nei limiti previsti dalla normativa regionale, così come specificato al punto 8 della parte dispositiva della già citata D.G.R. n. 25-12129/2009, fermo restando il rispetto dei principi dettati dall'art. 3, comma 2, lettera a), della L.R. 8/01-2004, n. 1, per quanto attiene, in special modo, il diritto di scelta degli utenti. In particolare, per i posti di cui al presente contratto, l'inserimento dell'utente avviene – nel rispetto di scelta dell'utente stesso circa il presidio – dall'A.S.L. e dal Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali in modo differenziato a seconda delle tipologie di utenza. Quanto sopra si applica in presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria o in ottemperanza alle disposizioni di cui all'art. 403 C.C..

12. Il Presidio s'impegna ad emettere mensilmente fatture allegando la documentazione contabile-amministrativa che potrà essere richiesta dall'A.S.L. e, nei casi necessari, dal Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali e la stesse verranno liquidate, fatte salve le opportune verifiche circa la congruità e la rispondenza alle prestazioni erogate, nei termini di legge vigenti. Le parti concordano, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs n. 231 del 9.10.2002, che, in caso di applicazione di interessi moratori - dovuti ai sensi della normativa vigente - il saggio degli interessi è determinato, ai sensi dell'art. 1284 C.C., nella misura degli interessi legali.

13. E' fatta salva la facoltà dell'A.S.L. (e nei casi previsti del Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali) di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali o accertamenti di gravi violazioni di legge e delle disposizioni che possono assumere rilievo e/o pregiudizio per un sereno e corretto assolvimento del presente contratto.

14. La struttura adotta il regolamento conforme al modello regionale e si impegna, nel rispetto del presente contratto, a specificare anche gli aspetti riguardanti l'impegno al pagamento della retta a carico dell'utente compresi i casi di utenti con retta integrata dal soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali.

2.2. Il comma 6 dell'art. 6 è sostituito dal seguente :

“Le prestazioni relative ai trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, sono regolate dalle disposizioni di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 e s.m.i.”

Il comma 7 dell'art. 6 è sostituito dal seguente :

“L'assistenza protesica, integrativa e i farmaci sono garantiti in base alle disposizioni di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 e s.m.i.”.

Allegato B

Componenti della Commissione Tecnica Regionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria (Co.T.R.I.S.S.) di cui al punto 1 dell'allegato 1 alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012.

La Commissione Tecnica Regionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria (Co.T.R.I.S.S.), istituita dalla Giunta regionale con la deliberazione 45-4248 del 30 luglio 2012 è costituita dalle seguenti figure professionali:

4 componenti individuati tra i dirigenti e i funzionari delle Direzioni Regionali Politiche Sociali e Sanità;

1 Presidente di U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatria) territoriale;

1 Presidente di Commissione di Vigilanza territoriale;

1 Responsabile di Distretto Sanitario;

1 Responsabile di Programmazione Socio-Sanitaria territoriale;

2 rappresentanti degli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali.

Le funzioni di segreteria sono garantite dalla Direzione Politiche Sociali.

La nomina dei componenti della Co.T.R.I.S.S. spetta al Direttore regionale delle Politiche Sociali.

La Commissione si riunisce di norma trimestralmente al fine valutare l'andamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti o quando convocata dal suo presidente .

La Commissione con cadenza semestrale è convocata con la partecipazione allargata alle Associazioni dei rappresentanti delle strutture socio-sanitarie accreditate.

In tali occasioni le Associazioni potranno avanzare osservazioni e proposte nella materie di competenza della Commissione, nonché esprimere un parere sull'andamento dell'applicazione della D.G.R. 45-4248/2012, del presente provvedimento e ulteriori atti collegati o susseguenti a seguito dell'illustrazione del monitoraggio effettuato dalla Commissione Tecnica.

Allegato C - Indicazioni operative per l'individuazione delle nuove intensità assistenziali in applicazione della D.G.R. 45-4248/2012

Con l'approvazione del nuovo Piano Tariffario diventa particolarmente stringente una puntuale ed appropriata individuazione delle intensità assistenziali: tale attività rientra pienamente nelle funzioni di valutazioni affidate alle Unità di Valutazione Geriatriche, (U.V.G.).

Trattandosi di circa 15.000 casi e tenuto conto del carico lavorativo determinato dall'approvazione della D.G.R. 14-5999 del 25/06/2013 che richiede di definire il grado di priorità per le persone già valutate al fine di regolare l'accesso alle prestazioni residenziali, al fine di scongiurare un'*empasse* operativa delle suddette Commissioni, si forniscono alcune indicazioni operative in merito:

- le U.V.G. dovranno preliminarmente individuare i casi in cui si rileva un disallineamento tra il punteggio ottenuto nell'ultima valutazione da loro effettuata e l'intensità assistenziale erogata in struttura;
- per i casi in cui si riscontra difformità l'U.V.G. dovrà procedere a stilare un calendario di rivalutazioni nell'arco dei 270 gg. successivi;
- per i casi dove tale scostamento tra punteggio e intensità assegnata è dettato dal principio riportato nella D.G.R. 42-8390/2008⁽¹⁾, l'U.V.G., se considera ancora appropriate le motivazioni della collocazione assegnata, potrà prescindere dal procedere con una nuova rivalutazione confermando l'intensità assistenziale assegnata;
- le persone, per le quali è prevista una nuova valutazione multidimensionale, devono essere avvisate con congruo anticipo;
- le tariffe della nuova intensità assistenziale decorrono dalla data di rivalutazione.

Note:

(1) Resta valido quanto stabilito nell'Allegato C della DGR 42-8390 del 10 marzo 2008:

“L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico – diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.”