



**MEMORIA TECNICA E GIURIDICA PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA
ALLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVI E GRAVISSIME CON NECESSITÀ DI
SOSTEGNO MOLTO ELEVATO O DI SOSTEGNO INTENSIVO, CON CONSEGUENTE
PROPOSTA DI MODIFICA DELLO SCHEMA CONTRATTUALE 2024/2025**

Nocera inferiore, 19 gennaio 2026

Rev3. del 20 marzo 2026

Centro studi Villa dei Fiori
Segreteria: dott.ssa Claudia Celestre
tel. 081.515.77.11
cell. 331.450.64.80



SOMMARIO

A. PREMESSA

1. TUTELA DEI PAZIENTI RESIDENZIALI E LIMITAZIONE DELLE COMPENSAZIONI TRA SETTING	5
1.1 QUADRO ATTUALE	
<i>Art. 4, comma 3, schema di contratto (Allegato C – D.G.R.C. n. 545/2024)</i>	<i>7</i>
1.2 CRITICITÀ	
<i>Commistione tra setting assistenziali e rischio di depotenziare l’offerta R/S.....</i>	<i>7</i>
1.3 PROPOSTA	
<i>Ripristino della disciplina previgente e compensazioni esclusivamente intra-setting.....</i>	<i>8</i>
 2. NECESSITÀ DI PERSONALE PER PAZIENTI CON DISABILITÀ GRAVI E GRAVISSIME	9
2.1 QUADRO ATTUALE	
<i>Bisogni assistenziali, prescrizioni UVBR e presa in carico art. 26 L. 833/1978.....</i>	<i>9</i>
2.2 CRITICITÀ	
<i>Difformità normative, Allegato A “sbianchettato” e prassi applicative non coerenti.....</i>	<i>9</i>
2.3 PROPOSTA	
<i>Applicazione vincolante degli standard di personale per i livelli Grave e Gravissimo.....</i>	<i>10</i>
 3. ELIMINAZIONE DEL LIMITE AUTOMATICO DEI 240 GIORNI DI RICOVERO E DELLA TRASLAZIONE TARIFFARIA AL SETTING RSA	12
3.1 QUADRO ATTUALE	
<i>Automatismo temporale e passaggio automatico alla tariffa RSA.....</i>	<i>12</i>
3.2 CRITICITÀ	
<i>Assenza di rivalutazione clinica, riduzione dell’intensità assistenziale e profili di responsabilità.....</i>	<i>12</i>
3.3 PROPOSTA	
<i>Centralità della valutazione clinica e multidimensionale ed eliminazione degli automatismi.....</i>	<i>14</i>
 4. RIDUZIONE DELLE LISTE D’ATTESA E RIPRISTINO DELLA RIMODULAZIONE DEI TETTI DI SPESA IN CORSO D’ANNO	15
4.1 QUADRO ATTUALE	
<i>Eliminazione della rimodulazione infra-annuale dei tetti di spesa.....</i>	<i>15</i>
4.2 CRITICITÀ	
<i>Perdita di flessibilità gestionale e mancato utilizzo delle risorse disponibili</i>	<i>15</i>



4.3 PROPOSTA

Ripristino art. 4, co. 4, dei precedenti contratti e applicazione vincolante in esito ai monitoraggi.....15

5. UTILIZZO DEL CRITERIO DELLA PRODUZIONE EFFETTIVAMENTE REALIZZATA PER LA DETERMINAZIONE DEI TETTI DI SPESA.....16

5.1 QUADRO ATTUALE

Prevalenza della spesa storica e limitata applicazione di criteri dinamici.....16

5.2 CRITICITÀ

Disallineamenti allocativi e penalizzazione delle strutture più performanti.....16

5.3 PROPOSTA

Adeguamento periodico dei tetti di spesa sulla base della produzione effettiva.....17

6. MODIFICA DEL CRITERIO DI DETERMINAZIONE DELLA CAPACITÀ OPERATIVA MASSIMA (C.O.M.) DI CIASCUN CENTRO.....19

6.1 QUADRO ATTUALE

Determinazione della C.O.M. sulla base della dotazione organica "storica".....19

6.2 CRITICITÀ

Rigidità del sistema e disallineamento tra capacità effettiva e capacità riconosciuta.....19

6.3 PROPOSTA

Introduzione di una C.O.M. dinamica con aggiornamento annuale a consuntivo.....20

7. ELIMINAZIONE DELLA CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA – ART. 13 DEL CONTRATTO 24/25.....21

7.1 QUADRO ATTUALE

Rinuncia preventiva alla tutela giurisdizionale quale condizione contrattuale.....21

7.2 CRITICITÀ

Asimmetria del rapporto contrattuale e compressione del diritto di difesa.....21

7.3 PROPOSTA

Eliminazione della clausola e riequilibrio del rapporto con la Pubblica Amministrazione.....22

8. NECESSITÀ DI TRASPARENZA E AMPLIAMENTO DELLA PARTECIPAZIONE AL TAVOLO TECNICO.....23

8.1 QUADRO ATTUALE

Composizione del Tavolo Tecnico e funzioni di monitoraggio.....23

8.2 CRITICITÀ

Squilibrio rappresentativo tra setting ed esclusione delle strutture non associate.....23

8.3 PROPOSTA

Partecipazione in qualità di uditori dei centri non iscritti alle Associazioni di categoria.....24

9. FORMAZIONE CONTINUA DI DIRIGENTI E FUNZIONARI NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE.....25

9.1 QUADRO ATTUALE

Impatto dell'azione amministrativa sui pazienti fragili e sulle famiglie.....25



9.2 CRITICITÀ	
<i>Carenze formative, irregolarità procedurali e scarsa umanizzazione.....</i>	25
9.3 PROPOSTA	
<i>Percorsi obbligatori di formazione, aggiornamento normativo e presenza nelle strutture.....</i>	26
10. ATTEGGIAMENTO PROCESSUALE DELL'AVVOCATURA DELL'ASL.....	27
10.1 QUADRO ATTUALE	
<i>Eccezioni seriali e difese non coerenti con la giurisprudenza consolidata.....</i>	27
10.2 CRITICITÀ	
<i>Contenzioso reiterato, costi elevati e scollamento dall'interesse pubblico.....</i>	28
10.3 PROPOSTA	
<i>Linee guida difensive orientate a correttezza, efficienza e tutela della continuità delle cure.....</i>	28
11. ESPERIENZE REGIONALI A SUPPORTO DELLE PROPOSTE DI MODIFICA.....	29
11.1 REGIONE UMBRIA - EVIDENZE APPLICATIVE	
<i>Offerta riabilitativa, centralità della rivalutazione clinica e superamento degli automatismi.....</i>	29
11.1.1. MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA TUTELA DELLE DISABILITÀ PSICHICHE	
<i>Standard organizzativi flessibili in relazione al tipo di bisogno riabilitativo.....</i>	29
11.1.2. TRATTAMENTO TARIFFARIO	
<i>Sistema tariffario base/massimo, modulazione in base al carico assistenziale.....</i>	32
11.2. PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - EVIDENZE APPLICATIVE	
<i>Offerta riabilitativa, centralità della rivalutazione clinica e superamento degli automatismi.....</i>	33
11.2.1. MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA TUTELA DELLE DISABILITÀ PSICHICHE	
<i>Standard organizzativi: centralità della componente assistenziale e psico-educativa.....</i>	33
11.2.2. TRATTAMENTO TARIFFARIO	
<i>Sistema tariffario.....</i>	33
11.3. REGIONE MARCHE - EVIDENZE APPLICATIVE	
<i>Offerta riabilitativa, centralità della rivalutazione clinica e superamento degli automatismi.....</i>	34
11.3.1. MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA TUTELA DELLE DISABILITÀ PSICHICHE	
<i>Standard organizzativi determinati in relazione al tipo di bisogno riabilitativo.....</i>	34
11.3.2. TRATTAMENTO TARIFFARIO	
<i>Sistema tariffario.....</i>	36
12. CONSIDERAZIONI FINALI	37



PREMESSA

Il presente documento nasce dalla necessità non più rinviabile di rimettere al centro dell'azione pubblica le persone con disabilità gravi e gravissime, in un sistema che, nel tempo, ha progressivamente spostato il proprio baricentro dai bisogni delle persone alle esigenze dell'organizzazione e della gestione amministrativa.

Nel settore della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria, la programmazione delle risorse non può essere costruita a partire dall'offerta esistente né modellata sulle convenienze delle strutture, ma deve muovere dal bisogno reale delle persone con disabilità, in coerenza con i principi affermati dal D.lgs. 3 maggio 2024 n. 62, che riconosce la centralità della persona e dei suoi diritti e impone politiche orientate all'inclusione, alla dignità e alla presa in carico adeguata. Quando accade il contrario, il sistema perde la propria funzione pubblica e diventa incapace di rispondere proprio alle situazioni di maggiore fragilità. Questo documento afferma con chiarezza che la spesa deve seguire il bisogno, e non il bisogno adattarsi ai limiti dell'organizzazione.

Negli ultimi anni si è registrato un aumento rilevante e strutturale delle patologie psichiche, neurologiche e delle disabilità congenite e acquisite ad elevata complessità. Tale evoluzione ha inciso profondamente sui percorsi di cura e sui carichi assistenziali delle famiglie, sempre più spesso lasciate sole di fronte a bisogni continuativi, complessi e non comprimibili. A fronte di questo scenario, la programmazione regionale non ha adeguatamente aggiornato la definizione del fabbisogno assistenziale, nonostante le previsioni del DM n. 77/22, che impone la preventiva individuazione dei bisogni della popolazione quale presupposto delle scelte programmatiche e allocative, lasciando il sistema ancorato a parametri storici e a logiche prevalentemente economiche.

L'effetto concreto di questa impostazione è sotto gli occhi di tutti: molti centri accreditati hanno progressivamente rinunciato alla presa in carico dei pazienti più gravi, ritenuti difficili, onerosi e incompatibili con un sistema fondato su automatismi, tetti rigidi e criteri temporali. Oggi, a chiedere di essere presi in carico sono soprattutto le persone gravi e gravissime – persone con necessità di sostegno molto elevato o di sostegno intensivo (D.lgs. 62/24 art. 4) - e le loro famiglie, che non trovano risposte adeguate e vedono compromessa la continuità delle cure.

In questo contesto, la valutazione clinica e multidimensionale del bisogno non rappresenta un'opzione, ma un principio inderogabile. La distinzione tra disabilità lieve, media e grave non può restare una classificazione formale, ma deve tradursi in percorsi assistenziali differenziati, in standard coerenti e in una programmazione che riconosca la diversa intensità del bisogno. Ogni automatismo che sostituisce il giudizio clinico con criteri meramente economici o temporali produce una riduzione impropria del livello di cura e incide direttamente sui diritti delle persone più fragili.



Il documento afferma che la centralità della cura deve essere garantita attraverso scelte programmatiche responsabili, capaci di coniugare appropriatezza assistenziale e sostenibilità, senza automatismi né rigidità che comprimano i diritti dei pazienti.

Accanto ai profili clinici e programmatori, emerge con forza la necessità di un cambiamento culturale nella macchina amministrativa. La complessità del settore della riabilitazione richiede dirigenti e funzionari adeguatamente formati, consapevoli dell'impatto concreto delle decisioni amministrative sulla vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Allo stesso modo, l'azione dell'Avvocatura delle ASL deve essere coerente con l'interesse pubblico sostanziale, evitando atteggiamenti meramente difensivi o formalistici che alimentano contenziosi, ritardi e incertezza, con effetti diretti sulla continuità delle cure.

Le indicazioni contenute in questo documento non si limitano a interventi tecnici o correttivi, ma delineano un cambio di paradigma: un nuovo approccio alla cura delle persone con disabilità gravi e gravissime, fondato sulla centralità della persona, sulla valutazione clinica, sulla responsabilità istituzionale e su una programmazione che riconosca come prioritaria la tutela dei bisogni più complessi, nel rispetto delle risorse disponibili e dei principi di equità e sostenibilità del sistema pubblico.

Esperienze già attuate in altre Regioni dimostrano che un modello fondato sulla valutazione clinica, sulla programmazione del fabbisogno e sulla centralità della persona è concretamente realizzabile e sostenibile. In questo quadro, la Regione Campania ha l'opportunità di assumere un ruolo di leadership, divenendo riferimento nazionale per un approccio avanzato e responsabile alla cura delle persone con disabilità gravi e gravissime.

Il Presidente

Luigi C. Angrisani



PUNTO 1

TUTELA DEI PAZIENTI RESIDENZIALI E LIMITAZIONE DELLE COMPENSAZIONI TRA SETTING – RIPRISTINO DEL PRECEDENTE ARTICOLO 4, COMMA 3, DEGLI SCHEMI DI CONTRATTO ADOTTATI FINO AL 2023

ATTUALE

Articolo 4, comma 3, dello schema di contratto ai sensi dell'Allegato C alla D.G.R.C. n. 545 del 24/10/2024

“Nell’ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione, possano utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G., nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura.”

ESIGENZA DI MODIFICA

Con il DCA n. 14/2017 e il DCA n. 83/2019 la Regione Campania, per la macroarea della riabilitazione, ha distinto in modo chiaro il fabbisogno assistenziale per setting, individuando da un lato il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali e domiciliari e, dall’altro, il fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali.

La distinzione tra setting risponde a **fabbisogni assistenziali non fungibili**: il setting residenziale e semiresidenziale è destinato a **pazienti con disabilità gravi ed elevata complessità clinica**, che richiedono **percorsi riabilitativi ad alta intensità**, continuità assistenziale e **presa in carico h24**, con un **impegno organizzativo e un livello di responsabilità NON paragonabili** rispetto al setting ambulatoriale, **nel quale le prescrizioni terapeutiche prevedono spesso un impegno limitato, anche pari a un’ora settimanale.**

La previsione che consente il trasferimento fino al **15% delle risorse** dal setting residenziale/semiresidenziale verso quello ambulatoriale introduce una flessibilità che **incide negativamente sulla capacità di garantire la piena presa in carico residenziale e semiresidenziale**, con il rischio concreto di **riduzione dell’offerta R/S** e di **ritardi nell’attivazione o nel mantenimento dei percorsi assistenziali** destinati ai pazienti con disabilità gravi.

Tale meccanismo **contrasta con la programmazione regionale del fabbisogno** e con l’implicito vincolo di destinazione delle risorse, consentendo una **commistione tra fondi destinati a soddisfare**



bisogni assistenziali diversi e non intercambiabili. La criticità non risiede esclusivamente nella percentuale consentita, ma soprattutto nel principio sotteso: risorse allocate per garantire la presa in carico di pazienti residenziali e semiresidenziali possono essere distolte, per scelta organizzativa della struttura, verso altri setting assistenziali.

Le conseguenze sono rilevanti: da un lato, il **rischio concreto di depotenziare l'offerta residenziale e semiresidenziale**; dall'altro, una **compressione della capacità del sistema di rispondere in modo adeguato e continuativo al fabbisogno R/S**, con ricadute sulla continuità assistenziale e sulla tempestività della presa in carico dei pazienti con disabilità gravi.

PROPOSTA

Per tali ragioni, si evidenzia l'esigenza di ripristinare la disciplina applicata fino al 2023, evitando commistioni tra setting assistenziali diversi e consentendo compensazioni **esclusivamente all'interno del medesimo setting assistenziale caratterizzati da fabbisogni differenti e non fungibili.**

Tale impostazione risulta coerente con la programmazione regionale del fabbisogno, con il vincolo di destinazione delle risorse e con l'interesse pubblico primario alla tutela dei pazienti più fragili, garantendo la continuità, l'appropriatezza e la tempestività della presa in carico nei percorsi residenziali e semiresidenziali.

Allegato: D.G.R.C. n. 349/2022, Allegato C - schema di contratto 2022-2023, art. 4 comma 3



PUNTO 2

NECESSITÀ DI PERSONALE PER PAZIENTI CON DISABILITÀ GRAVI E GRAVISSIME – APPLICAZIONE DEL DECRETO N. 154/2014 CON SEZIONE B DELLA 6757/96. PROFILI DI ILLEGITTIMITÀ DELL'ALLEGATO A PER SBIANCHETTATURE E TIMBRO E FIRMA RISALENTI A 29 ANNI FA

ATTUALE

I pazienti affetti da disabilità psichiche e neurologiche congenite gravi e gravissime, ovvero persone non autosufficienti in età evolutiva e giovani adulti affetti da pluriminorazioni sensoriali e/o disabilità intellettive e comportamentali, presentano bisogni di cura continuativi e una limitata capacità di tollerare interventi riabilitativi intensivi e prolungati.

Per tali pazienti, la presa in carico si fonda prevalentemente sull'assistenza continuativa, assicurata in via prioritaria da **OSS e Accompagnatori**, nonché sulla presenza di **educatori e infermieri**, finalizzata al supporto nelle attività della vita quotidiana e alla prevenzione della perdita delle abilità acquisite.

L'intervento riabilitativo propriamente detto, svolto dai terapisti, è mirato e contenuto, generalmente quantificabile in **un'ora giornaliera di terapia**, in quanto carichi riabilitativi intensivi e prolungati, quali cicli di tre ore giornaliere di terapia, risultano frequentemente non tollerabili e clinicamente inappropriati per questa tipologia di utenza.

Le Commissioni UVBR, nell'ambito delle proprie competenze, valutano le condizioni cliniche e funzionali dei pazienti e individuano il progetto terapeutico-riabilitativo più appropriato, definendo il livello di intensità assistenziale necessario. Le prescrizioni formulate dalle Commissioni UVBR costituiscono **vincolo operativo** per le strutture erogatrici, che sono tenute ad attenersi alle indicazioni ricevute, adeguando le dotazioni di personale al livello assistenziale prescritto.

ESIGENZA DI MODIFICA

Alla luce delle esigenze assistenziali sopra descritte e delle prescrizioni vincolanti formulate dalle Commissioni UVBR, si rende necessario un chiarimento e un riallineamento dell'assetto applicativo della normativa regionale in materia di trattamenti riabilitativi ex art. 26 della L. n. 833/1978.

Il Decreto n. 154/2014, nel disporre la revoca della DGRC n. 6757/1996, ha espressamente fatto salva la parte relativa alla definizione dei minuti di assistenza per ciascuna funzione e figura professionale nei diversi setting riabilitativi, richiamando la **Sezione B** della medesima deliberazione. Tale Sezione B deve pertanto considerarsi parte integrante e pienamente vigente del Decreto n. 154/2014.



La Sezione B della DGRC n. 6757/1996 individua cinque livelli assistenziali (Internato, Medio Livello Riabilitativo, Grave - Alto Livello Riabilitativo, Gravissimo) e prevede, per i livelli **Grave** e **Gravissimo**, un impiego prevalente di personale di assistenza (OSS e Accompagnatori), nonché la presenza di educatori e infermieri, con una dotazione riabilitativa coerente con le esigenze dei pazienti con disabilità psichiche e neurologiche congenite gravi e gravissime.

Tuttavia, nell'Allegato A del Decreto n. 154/2014, che riporta uno stralcio della Sezione B della DGRC n. 6757/1996, risultano eliminati, mediante sbianchettature, i livelli "Internato Gravi" e "Internato Gravissimi", pur permanendo sul medesimo documento il timbro e la sottoscrizione riferibili a un atto risalente a **30 anni fa**, firmato da un funzionario non più in vita.

Su tale difformità documentale, la Direzione Generale regionale ha richiesto un parere all'Avvocatura regionale, la quale ha chiarito che l'Allegato A non corrisponde integralmente alla Sezione B della DGRC n. 6757/1996 per **mero errore materiale**, precisando che la Sezione B deve ritenersi **esclusa dalla revoca nella sua interezza** e, pertanto, pienamente vigente.

Nonostante il suddetto parere, nella prassi applicativa i livelli **Grave** e **Gravissimo** risultano di fatto non applicati, sul presupposto che l'utenza con disabilità psichiche e sensoriali debba essere integralmente presa in carico dalle RSA. Tale impostazione non trova riscontro nella realtà operativa, atteso che le ASL continuano a prescrivere e autorizzare trattamenti ex art. 26 per pazienti con disabilità psichiche e neurologiche congenite gravi e gravissime ovvero persone non autosufficienti in età evolutiva e giovani adulti affetti da pluriminorazioni sensoriali e/o disabilità intellettive e comportamentali, mediante prescrizioni UVBR cui le strutture sono tenute ad attenersi.

Si configura un paradosso applicativo laddove l'ASL Salerno, in contrasto con le prescrizioni UVBR, impone ai Centri l'erogazione di prestazioni di livello base in luogo di quelle prescritte, addossandogli la responsabilità di una presa in carico potenzialmente lesiva della salute dei pazienti.

PROPOSTA

Si rende pertanto necessario ribadire che, in presenza di prescrizioni UVBR riferite a pazienti con disabilità psichiche e neurologiche gravi e gravissime, devono trovare applicazione gli standard di personale previsti per i livelli **Grave** e **Gravissimo**, così come definiti dalla Sezione B della DGRC n. 6757/1996, espressamente fatta salva e vigente ai sensi del Decreto 154/14.

Tale chiarimento non comporta alcuna modifica dell'impianto tariffario né un aggravio di spesa per l'Amministrazione regionale, essendo già prevista l'equivalenza dei costi tra:

- livello **Grave** e **Medio Livello Riabilitativo**;
- livello **Gravissimo** e **Alto Livello Riabilitativo**.



L'esigenza di modifica si pone, pertanto, come necessaria per garantire l'appropriatezza del trattamento, la sicurezza assistenziale e la corretta attuazione delle prescrizioni UVBR, evitando disallineamenti tra bisogni clinici dei pazienti, autorizzazioni rilasciate e standard di personale applicabili.

Allegati: D.G.R.C. n. 6757/96 - D.C.A n. 154/14, Parere Avvocatura Regionale PP5/2024 del 19.2.2024, Schema di confronto del costo del personale Gravi-Medio Livello e Gravissimi-Alto Livello



PUNTO 3

ELIMINAZIONE DEL LIMITE AUTOMATICO DEI 240 GIORNI DI RICOVERO E DEL MECCANISMO DI TRASLAZIONE TARIFFARIA AL SETTING RSA – RIPRISTINO DELLA CENTRALITÀ DELLA VALUTAZIONE CLINICA

ATTUALE

Lo schema di contratto prevede che, **decorso il termine di 240 giorni di ricovero riabilitativo**, la prestazione non venga più remunerata secondo la **tariffa del setting riabilitativo**, ma venga automaticamente **ricondata alla tariffa del setting RSA**, a prescindere dalle condizioni cliniche e dal bisogno assistenziale del paziente.

Tale previsione introduce un **automatismo amministrativo** che prescinde da qualsiasi **valutazione clinica o multidimensionale aggiornata**, determinando un mutamento del setting assistenziale fondato esclusivamente sul decorso del tempo. Il contratto, infatti, sostituisce la valutazione sanitaria con un criterio meramente temporale.

Ne consegue che il superamento della soglia dei 240 giorni produce, **ex se**, un effetto diretto e immediato sul livello di assistenza erogata, trasformando la prestazione riabilitativa in una prestazione RSA per effetto di una **mera scadenza temporale**, indipendente dal quadro clinico del paziente.

ESIGENZA DI MODIFICA

Il principio sotteso a tale previsione – quello della **“cura a tempo”** – è **cl clinicamente infondato e giuridicamente insostenibile**, in particolare con riferimento ai **pazienti con disabilità gravi**, per i quali il bisogno assistenziale non è comprimibile entro termini predeterminati e non si esaurisce per effetto del solo trascorrere del tempo.

Il meccanismo contrattuale che, decorso un termine prefissato, **impone automaticamente il passaggio alla tariffa RSA** non costituisce una mera rimodulazione economica, ma determina un **effetto sostanziale sul contenuto della cura**. Nel sistema sanitario, infatti, **la tariffa individua il livello di assistenza**, l'intensità delle prestazioni, le professionalità coinvolte e, in definitiva, la qualità della cura: **se la tariffa è quella della RSA, la cura è quella della RSA**.



Del resto, **non è coerente né sostenibile** richiedere a una struttura di garantire al paziente un livello di cura adeguato alla complessità delle patologie e al bisogno riabilitativo, **corrispondendo al contempo una retta parametrata a un setting che prevede una bassa intensità di assistenza sanitaria e riabilitativa**. Un simile assetto determina una **intrinseca contraddizione tra obblighi assistenziali e sistema di remunerazione**, traducendosi, di fatto, in una **riduzione forzata del livello di cura**.

In tale contesto si pone, inoltre, un rilevante profilo di **responsabilità**. La riduzione automatica della tariffa **non comporta una riduzione degli obblighi assistenziali né delle responsabilità sanitarie e organizzative**, che continuano a gravare integralmente sulla struttura. Ne deriva una **asimmetria inaccettabile tra doveri e mezzi**, che espone la struttura a responsabilità piene in presenza di risorse e standard assistenziali propri di un setting diverso.

Di fatto, la struttura viene posta nella condizione di erogare prestazioni tipiche del setting RSA a pazienti che necessitano di cure riabilitative estensive, determinando una **inaccettabile discrepanza tra il bisogno clinico del paziente e il livello di assistenza riconosciuto e remunerato dal sistema**.

Tale assetto produce un danno diretto e concreto sul paziente, poiché il passaggio automatico alla tariffa e al setting RSA comporta una **riduzione dell'intensità sanitaria e riabilitativa** non correlata a un miglioramento delle condizioni cliniche, ma esclusivamente al decorso del tempo. Per i pazienti con **disabilità gravi**, ciò si traduce in una **interruzione o drastica riduzione dei percorsi riabilitativi estensivi o intensivi**, con perdita della continuità terapeutica, riduzione degli interventi specialistici e indebolimento della presa in carico multidisciplinare. Le conseguenze sono **cl clinicamente prevedibili: regressione funzionale**, perdita delle autonomie acquisite – anche minime – e **peggioramento complessivo dello stato clinico**, con effetti spesso irreversibili. Il paziente subisce così un **declassamento assistenziale non giustificato clinicamente**, che incide negativamente sulla qualità della vita e sulle prospettive di mantenimento delle capacità residue.

Tale impostazione si pone, inoltre, in **diretto contrasto con l'art. 34 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017**, che stabilisce che la durata dei trattamenti riabilitativi sia “di norma” contenuta entro limiti temporali prefissati, **facendo espressamente salva la prosecuzione del trattamento qualora la rivalutazione multidimensionale rilevi il persistere del bisogno riabilitativo**.”. Sul punto è intervenuto il **Consiglio di Stato** con sentenza n. 1858 del 21/03/2019 che ha escluso l'illegittimità di tali previsioni temporali proprio in ragione del fatto che

le “... **scadenze temporali predefinite solo in via “di norma”, facendo espressamente salva la possibilità che la rivalutazione multidimensionale rilevi il persistere del bisogno riabilitativo**” e ciò in quanto “**non può ... escludersi che le aspettative su cui si fondano le previsioni temporali in argomento possano risultare, poi, in concreto disattese da un decorso delle sollecitazioni del paziente alle cure diverso da quello programmato. In siffatte evenienze, appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali, ben potendo in astratto esigersi, come fatto palese dalla stessa piana lettura del comma 1 dell'articolo 3 septies del d. lgs. 502/1992, anche nel lungo periodo, prestazioni**”



sinergiche, sanitarie e di protezione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo.”

Il contratto vigente, invece, **omette del tutto il riferimento alla rivalutazione clinica**, sostituendo il giudizio sanitario con un automatismo amministrativo fondato esclusivamente sul tempo.

PROPOSTA

Per tali ragioni, si evidenzia l'esigenza di:

- **eliminare il limite automatico dei 240 giorni quale presupposto per la cessazione o la trasformazione del trattamento riabilitativo;**
- **eliminare il meccanismo di traslazione automatica alla tariffa RSA;**
- **ripristinare la centralità della valutazione clinica e multidimensionale**, ovvero prevedere espressamente che la prosecuzione, la modifica o la cessazione del percorso riabilitativo siano determinate esclusivamente da una rivalutazione clinica e multidimensionale aggiornata, effettuata dagli organi competenti.

Tale impostazione consente di assicurare che il livello di assistenza e la relativa remunerazione siano coerenti con il bisogno assistenziale effettivo del paziente, nel rispetto dei LEA, della normativa nazionale vigente e dei principi fondamentali del sistema sanitario, garantendo una tutela effettiva dei pazienti con disabilità gravi e la continuità dei percorsi di cura.



PUNTO 4

RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA E RIPRISTINO DELLA RIMODULAZIONE DEI TETTI DI SPESA IN CORSO D'ANNO – RIPRISTINO DELL'ART. 4 COMMA 4 DEI CONTRATTI PRECEDENTI.

SINTESI Art. 4, comma 4, degli schemi di contratto adottati fino al 2023

La disposizione che prevedeva la possibilità di rimodulare in corso d'anno i limiti di spesa è stata eliminata negli schemi di contratto successivi al 2023.

“la A.S.L. e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima”

ESIGENZA DI MODIFICA

La soppressione della previsione ha ridotto la flessibilità gestionale del sistema, impedendo alla ASL di intervenire tempestivamente sull'allocazione dei tetti di spesa anche in presenza di risorse disponibili.

La disposizione previgente consentiva l'utilizzo pieno e tempestivo delle risorse disponibili attraverso interventi infra-annuali, attribuendo un concreto significato operativo ai monitoraggi periodici e permettendo di orientare le risorse verso le strutture in grado di erogare un maggior numero di prestazioni.

Il ripristino della norma risulta funzionale anche all'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa, in quanto consente di attivare capacità produttiva aggiuntiva nel corso dell'anno ed evitare che risorse già stanziate rimangano inutilizzate.

PROPOSTA

Per tali ragioni, il ripristino della disposizione dovrebbe essere accompagnato da una indicazione chiara e vincolante circa la sua applicazione nel corso dell'anno, in esito ai monitoraggi infra-annuali, al fine di garantire che le risorse disponibili si traducano concretamente in un incremento dell'offerta di prestazioni.

Allegato: D.G.R.C. n. 349/2022, Allegato C - schema di contratto 2022-2023



PUNTO 5

UTILIZZO DEL CRITERIO DELLA PRODUZIONE EFFETTIVAMENTE REALIZZATA PER LA DETERMINAZIONE DEI TETTI DI SPESA QUALE MECCANISMO PER RISPONDERE AL FABBISOGNO DA PARTE DELLE STRUTTURE

ATTUALE

La determinazione dei tetti di spesa avviene prevalentemente sulla base del criterio della spesa storica, con limitati meccanismi di adeguamento dinamico in funzione della capacità effettiva delle singole strutture di rispondere al fabbisogno assistenziale.

Per quanto concerne l'Allegato A alla D.G.R.C. n. 545/2024 richiama in premessa il principio secondo cui i limiti di spesa del setting devono essere determinati tenendo conto dei dati di produzione dell'ultimo quadriennio, senza tuttavia una puntuale declinazione delle modalità applicative.

ESIGENZA DI MODIFICA

Si evidenzia l'esigenza di rafforzare e rendere strutturale un **meccanismo basato sulla produzione effettivamente realizzata**, quale indicatore oggettivo della capacità delle strutture di rispondere in modo adeguato, tempestivo e continuativo al **reale fabbisogno assistenziale**.

La produzione effettivamente erogata rappresenta un parametro concreto di capacità organizzativa, appropriatezza dell'offerta e qualità dell'assistenza: il superamento stabile del tetto di spesa da parte di un centro, a fronte del sistematico sotto-utilizzo da parte di altri, segnala una diversa capacità di intercettare la domanda e di garantire risposte coerenti con i bisogni dell'utenza. Ne consegue l'opportunità di affiancare al criterio del budget "storico" un criterio dinamico, prevedendo un **adeguamento periodico dei tetti di spesa** in coerenza con la produzione registrata nell'anno precedente, così che il budget assegnato risulti maggiormente allineato all'effettivo contributo del singolo erogatore al soddisfacimento del fabbisogno.

A titolo esemplificativo, si rileva come nella prassi applicativa di alcune Aziende sanitarie, e in particolare **nell'ambito della ASL di Salerno**, si siano registrate dinamiche allocative **non coerenti con il criterio della produzione effettivamente realizzata**, con l'effetto di **incrementare i tetti di spesa a strutture che non sono riuscite a utilizzare integralmente il budget negli anni precedenti**, penalizzando al contempo i centri che hanno garantito livelli di produzione più elevati e una risposta più efficace al fabbisogno assistenziale.



Tale impostazione appare **incoerente sotto il profilo logico e gestionale**, in quanto non premia la capacità effettiva di intercettare la domanda e di rispondere ai bisogni dell'utenza, ma rischia di disincentivare le strutture maggiormente performanti.

Ecco quello che accade nella Asl Salerno dove **l'assegnazione del budget è inversamente proporzionale alla produzione**:

RES-SEM								
PRODUZIONE E ASSEGNAZIONE TETTO								
Ragione Sociale	(A) PRODUZIONE sottoutilizzo/ extrabudget 2023	(B) TETTO 2024 vs 2023 incremento/ Decremento	(C) PRODUZIONE sottoutilizzo/ extrabudget 2024	(D) TETTO 2025 VS 2024 incremento/ Decremento	(E) PRODUZIONE sottoutilizzo/ extrabudget 2025 ATTESO	PRODUZIONE Totale sottoutilizzo/ extrabudget dal 2023 al 2025 (A + C + E)	TETTO incremento/ Decremento dal 2023 al 2025 (B + D)	% TETTO Incremento/ Decremento dal 2023 al 2025
A.N.F.F.A.S.	-322.073	-215.496	-68.226	+ 121.549	-269.032	-659.331	-93.947	-10,18%
Ass. La Nostra Famiglia	+ 239.901	+ 136.218	+ 83.196	-81.714	-37.642	+ 285.455	+ 54.504	6,04%
C.R.M.	+ 2.452	-4.821	+ 20.879	-10.262	+ 14.752	+ 38.083	-15.083	-28,98%
ELAION	+ 405.238	-412.619	+ 618.033	-117.947	+ 337.779	+ 1.361.050	-530.566	-6,30%
LARS già Fond. "F.G." (Pellezzano)*	+ 36.291	+ 132.088	-71.288	-425.585	-31.278	-66.276	-293.497	-45,64%
PROGENIA MERCATO SAN SEVERINO	-98.721	-62.625	-5.262	+ 33.936	-40.728	-144.711	-28.689	-10,25%
JUVENTUS Vibonati	-2.449	-19.734	-10.238	+ 68.084	-56.732	-69.419	+ 48.350	62,40%
L.A.R.S.*	-118.274	+ 190.052	+ 282.664	+ 10.076	+ 246.491	+ 410.881	+ 200.128	4,24%
MEDICAL R	-3.237	+ 1.447	-3.713	-7.093	-16.563	-23.513	-5.646	-5,04%
SAN LUCA (B)	-40.239	+ 72.216	-42.106	+ 204.176	-341.630	-423.976	+ 276.392	31,52%
SMALDONE (Sede 1-PIO)	-165.940	-66.178	-78.447	+ 103.669	-193.342	-437.729	+ 37.491	10,96%
SMALDONE (Sede 2-LEMBO)	+ 2.348	+ 27.106	-51.651	+ 67.978	+ 45.871	-3.432	+ 95.084	35,42%
TIVAN	-266.026	-212.261	-42.344	+ 136.020	-232.556	-540.926	-76.241	-10,66%
VILLA ALBA	-3.372	+ 118.402	+ 33.594	+ 124.102	+ 251.876	+ 282.098	+ 242.504	51,64%
VILLA DEI FIORI	+ 892.528	-38.591	+ 830.980	-136	+ 798.970	+ 2.522.478	-38.727	-0,49%
VILLA SILVIA	-327.650	+ 350.299	-120.196	+ 9.427	-353.306	-801.152	+ 359.726	10,47%
Totale	+ 230.777	-4.497	+ 1.375.875	+ 236.279	+ 122.930	+ 1.729.581	+ 231.783	

FAVORITI: assegnazione del tetto inversamente proporzionale alla produzione

PENALIZZATI: assegnazione del tetto inversamente proporzionale alla produzione

PROPOSTA

Si propone di rendere strutturale il criterio della produzione effettivamente realizzata quale elemento di adeguamento dei tetti di spesa, in affiancamento al criterio della spesa storica, al fine di garantire una maggiore coerenza tra allocazione delle risorse e capacità delle strutture di rispondere al fabbisogno assistenziale.

In tale prospettiva, si propone di ridurre il periodo di riferimento per la determinazione dei tetti di spesa dall'ultimo quadriennio all'ultimo triennio, rendendo il sistema più aderente all'andamento



recente della domanda e alla reale capacità produttiva delle strutture, nel rispetto della programmazione regionale e dei limiti complessivi di spesa.

Tale impostazione consente di valorizzare le strutture che garantiscono risposte appropriate, tempestive e continuative ai bisogni dell'utenza, evitando al contempo meccanismi allocativi che penalizzino i centri maggiormente performanti o che lascino inutilizzate risorse già destinate all'assistenza.



PUNTO 6

MODIFICA DEL CRITERIO DI DETERMINAZIONE DELLA CAPACITÀ OPERATIVA MASSIMA DI CIASCUN CENTRO

ATTUALE

Oggi il numero massimo di prestazioni potenzialmente erogabili da una struttura (Capacità Operativa Massima - **COM**) **viene determinato unicamente in funzione della dotazione organica posseduta**, e ciò nel rispetto della capacità strutturale del centro.

Pertanto, il parametro del personale rilevato in un determinato momento, determina la COM che opera poi come rigido limite per le successive annualità.

ESIGENZA DI MODIFICA

L'attuale sistema, fondato sulla determinazione della COM in base ad una "fotografia" dell'organico assunta come parametro rigido anche per gli anni successivi, produce degli effetti distorsivi in quanto:

- se dopo la determinazione della COM in un determinato anno l'organico risulta sovradimensionato rispetto ai volumi di produzione attesi, il centro non potrà comunque rimodularlo in riduzione, in quanto ciò si tradurrebbe automaticamente in una riduzione strutturale della COM anche per il futuro,
- se, viceversa, l'organico deve essere potenziato per far fronte a maggiori volumi, le unità inserite consentirebbero di realizzare una produzione eccedente la capacità operativa massima "storica", con conseguente blocco sulla remunerazione delle prestazioni aggiuntive.

Ne deriva un corto circuito: **l'attuale sistema, anziché favorire un dimensionamento efficiente dell'organico coerente con la produzione, genera disallineamenti tra capacità effettiva e capacità riconosciuta** e pur essendo previsto un meccanismo di revisione della COM, questo opera tramite istanza puntuale del centro e non è strutturato per una rideterminazione fisiologica e annuale coerente con l'andamento della produzione.

Tale corto circuito dipende dalla scelta errata di voler rendere un parametro dinamico, quale è il personale di una struttura, un parametro statico.



L'unico parametro statico che determina in concreto il limite operativo di una struttura è la sua capacità strutturale. Diversamente, la dotazione di personale è un parametro dinamico che viene fisiologicamente dimensionato in funzione dei volumi di attività effettivamente programmati e realizzati: i centri adeguano l'organico al variare della produzione bilanciando l'obiettivo di continuità delle prestazioni con quello di efficienza e sostenibilità dei costi, evitando sia sottodimensionamenti sia eccedenze non necessarie. L'elastico dimensionamento dell'organico è dimostrato dalla stessa regione, la quale, ai sensi con DGRC 269/2023, **consente alle strutture l'impiego a rapporto di consulenza del 28% del personale di diretta assistenza.**

PROPOSTA

Si evidenzia dunque l'esigenza di introdurre un **criterio di determinazione della COM dinamico, prevedendo un aggiornamento della C.O.M. annuale, a consuntivo, basato sull'organico effettivamente impiegato** (fermo il controllo sulla capacità strutturale).

In tal modo:

- l'adeguamento dell'organico in aumento verrebbe coerentemente recepito nella COM, evitando che le prestazioni rese mediante risorse aggiuntive in risposta al fabbisogno vengano automaticamente considerate eccedenti la COM;
- l'adeguamento dell'organico in riduzione non determinerebbe penalizzazioni per il futuro, consentendo ai centri di ottimizzare le risorse senza effetti irreversibili per le successive annualità.

Allegato: Delibera Asl n. 72/2021 con Nota metodologica (stralcio)



PUNTO 7

ELIMINAZIONE DELLA CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA – ART. 13 DEL CONTRATTO 24/25. TUTELA DEI DIRITTI DEL PRIVATO ACCREDITATO ED EQUILIBRIO DEL RAPPORTO CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

ATTUALE

Il d.lgs. n. 502/1992, all'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, prevede che:

“In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.”

In applicazione di tale previsione, le **strutture private accreditate sono chiamate a sottoscrivere il contratto entro il termine di 15 giorni** dalla definizione dei tetti di spesa regionali. Con la sottoscrizione, le strutture sono tenute ad **accettare integralmente e incondizionatamente** i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe e ogni altro atto presupposto o collegato, **rinunciando contestualmente alle azioni giudiziali già intraprese o potenzialmente esperibili** avverso tali provvedimenti o contro il contratto stesso (art. 13 del contratto).

Tale assetto determina, nella prassi, **una posizione fortemente asimmetrica tra la Pubblica Amministrazione e il soggetto privato accreditato.**

La **Pubblica Amministrazione conserva integralmente i propri poteri autoritativi e discrezionali**, mentre il privato, quale condizione per la prosecuzione dell'attività accreditata, **è costretto a rinunciare preventivamente e in modo generalizzato all'esercizio dei propri diritti di difesa.**

La struttura privata è, pertanto, posta dinanzi all'alternativa tra **la sottoscrizione del contratto alle condizioni imposte – pena la sospensione dell'accreditamento – e la rinuncia alla tutela giurisdizionale**, anche in presenza di possibili vizi dei provvedimenti presupposti.

ESIGENZA DI MODIFICA

La prassi applicativa ha condotto a **un utilizzo improprio di un principio in sé condivisibile**. Se, da un lato, è legittimo subordinare l'erogazione delle prestazioni per conto del SSR alla stipula dell'accordo contrattuale, dall'altro **non è accettabile che tale stipula avvenga entro termini tali da impedire una verifica effettiva e consapevole dei provvedimenti presupposti**, né che essa comporti una **rinuncia preventiva, generalizzata e incondizionata alle azioni giudiziali.**



La clausola di salvaguardia, così come attualmente formulata e applicata, **priva il soggetto privato della possibilità di contestare provvedimenti viziati**, anche quando tali vizi (errori materiali, vizi istruttori o violazioni di criteri vincolanti) incidano direttamente **sul contenuto economico e organizzativo del rapporto contrattuale**.

Ne deriva che, anche in presenza di **evidenti profili di illegittimità**, la struttura è costretta a dare esecuzione a condizioni potenzialmente viziate; qualora tenti comunque di adire l'Autorità giudiziaria, **la clausola di salvaguardia viene eccepita dall'Avvocatura della ASL in via pregiudiziale**, con l'effetto di **impedire un effettivo esame di merito sulla legittimità dell'atto impugnato**. La rimozione del vizio resta così, nei fatti, **rimessa esclusivamente all'iniziativa e alla discrezionalità della Pubblica Amministrazione**.

Un assetto di questo tipo **altera profondamente l'equilibrio del rapporto contrattuale**, collocando **Pubblica Amministrazione e soggetto privato su piani non paritari** e traducendosi, in concreto, **nella compressione del diritto di difesa del privato accreditato**.

Un assetto di tal genere si pone in contrasto con gli artt. 24 e 113 della Costituzione, che garantiscono rispettivamente **il diritto di agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi legittimi** e **l'ammissibilità della tutela giurisdizionale contro gli atti della Pubblica Amministrazione, imponendo rinunce preventive e generalizzate al controllo di legittimità dell'azione amministrativa**. In tal senso si è espresso il Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Siciliana, sez. giur., con sentenza n. 650 del 01/08/2025, riconoscendo la nullità della clausola di salvaguardia in quanto vessatoria, poiché idonea a tradursi in una rinuncia indiscriminata alla tutela dei propri diritti e, in definitiva, a determinare una condizione di *"assoluta soggezione alla controparte"*.

PROPOSTA

Per tali ragioni, **si propone l'eliminazione della clausola di salvaguardia di cui all'art. 13 del contratto**, quale misura necessaria per **ristabilire l'equilibrio del rapporto contrattuale e garantire l'effettività della tutela giurisdizionale del privato accreditato**.



PUNTO 8

NECESSITÀ DI TRASPARENZA E AMPLIAMENTO DELLA PARTECIPAZIONE AL TAVOLO TECNICO

ATTUALE

Articolo 8, comma 1, dello schema di contratto – Tavolo Tecnico

“Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.”

Compiti del Tavolo Tecnico:

- a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all’art. 3 e di spesa definiti dall’art. 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini dell’applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti artt. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
-

ESIGENZA DI MODIFICA

L’attuale composizione dei Tavoli Tecnici prevede la partecipazione delle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, che svolgono legittimamente un ruolo di rappresentanza degli interessi delle strutture loro associate. Tuttavia, tale assetto non garantisce una rappresentazione completa ed equilibrata dell’intero sistema dell’offerta accreditata.

In particolare, **attualmente ai Tavoli Tecnici partecipano 16 Associazioni di categoria**, a fronte di circa **140 strutture private accreditate complessivamente operanti sul territorio (nella sola ASL di Salerno le Associazioni sono 16 a fronte di 33 Strutture)**. Tale numero, oltre a risultare elevato, **non assicura una rappresentazione equilibrata dei diversi setting assistenziali**, in quanto le Associazioni partecipanti risultano **prevalentemente espressive degli interessi delle strutture ambulatoriali**, con la conseguenza che **le istanze del setting residenziale e semiresidenziale risultano sistematicamente sottorappresentate e, in più occasioni, penalizzate**.

Le determinazioni assunte nell’ambito del Tavolo Tecnico in materia di tetti di spesa, volumi prestazionali e criteri di remunerazione risentono di tale sbilanciamento, con il rischio che le



esigenze dei percorsi residenziali e semiresidenziali, rivolti a pazienti con disabilità gravi ed elevata complessità assistenziale, non siano adeguatamente considerate.

Parallelamente, le strutture private accreditate che, per libera scelta, non hanno aderito ad alcuna Associazione di categoria, pur essendo direttamente incise dalle decisioni del Tavolo Tecnico e chiamate a **darne concreta attuazione**, non hanno oggi la possibilità di partecipare né di assistere ai lavori del Tavolo, neppure in forma informativa.

Tale assetto determina un **deficit di trasparenza e di coinvolgimento** nei confronti di una parte significativa degli operatori del settore, con ricadute sulla conoscibilità dei criteri applicativi e sulla corretta e uniforme applicazione delle decisioni assunte.

PROPOSTA

Per tali ragioni, si evidenzia l'esigenza di prevedere la **partecipazione, in qualità di uditori**, delle strutture private accreditate non iscritte ad Associazioni di categoria, al fine di garantire una maggiore trasparenza dei lavori del Tavolo Tecnico e un più ampio coinvolgimento di tutti i soggetti che sono chiamati ad attuare le decisioni assunte, senza incidere sui meccanismi decisionali né sulle prerogative delle Associazioni partecipanti, **nonché di prevedere l'obbligo per l'Amministrazione di mettere a disposizione e consegnare, a chi ne faccia richiesta, la medesima documentazione e gli stessi atti forniti alle Associazioni di categoria partecipanti ai lavori del Tavolo.**

Tale modifica consentirebbe di riequilibrare il confronto tra i diversi setting assistenziali, migliorare la condivisione delle informazioni e delle scelte operate e prevenire l'insorgere di contenziosi o criticità applicative, rafforzando la legittimazione e l'efficacia complessiva dell'azione amministrativa.



PUNTO 9

FORMAZIONE CONTINUA DI DIRIGENTI E FUNZIONARI NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE: AGGIORNAMENTO NORMATIVO, UMANIZZAZIONE DEI RAPPORTI E CENTRALITÀ DELLA PERSONA

ATTUALE

Nel settore della **riabilitazione**, l'azione amministrativa incide direttamente su persone con **disabilità gravi e gravissime** e sulle loro famiglie, che si trovano in condizioni di particolare fragilità e vulnerabilità. In tale ambito, ogni decisione, omissione o ritardo amministrativo produce effetti immediati sulla continuità dei percorsi di cura e sulla qualità della vita degli assistiti.

Nella prassi si riscontrano criticità riconducibili a:

- carenze nell'aggiornamento normativo specifico del settore riabilitativo;
- insufficiente consapevolezza dell'impatto concreto che l'azione amministrativa ha sui pazienti e sulle famiglie;
- modalità di gestione delle istanze talvolta caratterizzate da rigidità procedurali e difficoltà di interlocuzione, anche da parte del personale amministrativo.

Tali elementi contribuiscono a indebolire il principio di **umanizzazione del rapporto** tra amministrazione sanitaria e pazienti, principio che assume un rilievo essenziale quando l'utenza è composta da soggetti estremamente fragili.

ESIGENZA DI MODIFICA

La necessità di intervenire in modo strutturato sulla **formazione continua**, sulla consapevolezza del ruolo svolto e sull'umanizzazione dei rapporti nel settore della riabilitazione emerge con particolare evidenza da episodi concreti che mettono in luce criticità operative e procedurali.

Un primo esempio è rappresentato dalla **revoca illegittima, da parte di un Comune, di autorizzazioni sindacali**, avvenuta **nel silenzio dell'ASL competente per la riabilitazione**, che non è intervenuta nonostante il concreto rischio di **cancellazione dell'assistenza sanitaria** in favore di **32 persone con gravi disabilità inserite in setting semiresidenziale**.

Il Distretto ha immediatamente sospeso le cure ai pazienti che sono state **riprese solo con Sentenza del TAR**.



Ancora più rilevante è la vicenda riguardante 41 pazienti con disabilità congenite gravi e gravissime, i quali sono stati valutati da una Commissione UVBR irregolarmente composta, in quanto formata da soli tre membri anziché dai sette previsti dalla normativa, e comunque priva delle competenze adeguate rispetto al profilo clinico dei pazienti stessi.

Le irregolarità dei procedimenti sono state **accertate in sede giurisdizionale**: in **due distinti giudizi**, il **TAR** e il **Consiglio di Stato** hanno riconosciuto l'illegittimità delle rivalutazioni effettuate e hanno ordinato all'ASL di procedere a nuove valutazioni in **corretta composizione**, nel primario interesse dei pazienti. **Ad oggi, a distanza di 3 anni dalle visite irregolari del Distretto e oltre un anno dalle pronunce dei giudici, le rivalutazioni non sono state effettuate.**

Infine, va segnalato che l'accesso ai percorsi terapeutici risulta ulteriormente aggravato da un iter amministrativo eccessivamente complesso, che costringe la persona interessata ad affrontare **fino a otto distinti passaggi burocratici** prima di poter essere effettivamente presa in carico e avviata alla terapia, con evidenti ricadute negative sui tempi di accesso alle cure e sull'effettività del diritto alla salute.

Le vicende richiamate dimostrano come, nel settore della riabilitazione, l'assenza di un'adeguata formazione specialistica e di un approccio amministrativo orientato alla persona possa tradursi in gravi criticità procedurali, con effetti diretti sulla tutela dei pazienti più fragili.

PROPOSTA

Si rende pertanto necessario prevedere **percorsi strutturati e obbligatori di formazione continua** per dirigenti e funzionari operanti nel settore della riabilitazione, finalizzati:

- all'aggiornamento costante sulla normativa specifica;
- al rafforzamento della consapevolezza dell'impatto delle decisioni amministrative sui pazienti e sulle famiglie;
- alla promozione dell'**umanizzazione dei rapporti**, estesa anche al personale amministrativo;
- alla valorizzazione del **rispetto** come principio fondante del rapporto tra amministrazione sanitaria, pazienti e caregiver;
- **alla previsione di momenti periodici di presenza diretta dei dirigenti e dei funzionari presso le strutture di riabilitazione, mediante accessi programmati con cadenza almeno mensile, al fine di favorire una conoscenza concreta dei contesti assistenziali, delle condizioni dei pazienti e delle criticità operative.**



PUNTO 10

ATTEGGIAMENTO PROCESSUALE DELL'AVVOCATURA DELL'ASL

ATTUALE

È fisiologico che, in sede giudiziaria, ciascuna parte tuteli le proprie posizioni. Tuttavia, quando è coinvolta un'Amministrazione pubblica, ci si attende un atteggiamento processuale coerente **con la funzione pubblica esercitata**, evitando difese meramente dilatorie o fondate su eccezioni manifestamente superate.

Nella prassi, con riferimento a controversie civili promosse per ottenere la remunerazione di prestazioni **prescritte, autorizzate dall'ASL ed effettivamente erogate dalle strutture accreditate** (anche entro i budget assegnati), l'Avvocatura dell'ASL tende a riproporre in modo **automatico e seriale** le medesime eccezioni, tra cui:

- **difetto di giurisdizione**, nonostante sia pacifica da oltre vent'anni la competenza del giudice ordinario su tali controversie;
- **irretroattività del contratto**, sebbene sia noto che la tempistica di sottoscrizione non dipende dalla struttura, ma dall'ASL, la quale – essendo vincolata alla determinazione dei tetti di spesa regionali, spesso adottati a fine esercizio – sottopone fisiologicamente i contratti alle strutture solo negli ultimi mesi dell'anno. Tale impostazione, oltre a porsi in contrasto con i principi di correttezza e buona fede, trascura le gravi conseguenze che deriverebbero da un suo eventuale accoglimento, tra cui la configurazione di un **danno erariale di rilevante entità**, con necessità di ripetizione delle somme erogate prima della sottoscrizione contrattuale;
- **contestazione della debenza degli interessi moratori per ritardati pagamenti**, nonostante una giurisprudenza consolidata qualifichi il rapporto tra soggetto privato accreditato e ASL come transazione commerciale, eccezione reiterata fino all'espresso recepimento contrattuale;
- **contestazione per frazionamento del credito**.

Tale linea difensiva, fondata su eccezioni formali spesso non pertinenti o già superate dalla giurisprudenza, determina **un contenzioso reiterato e sproporzionato**, con giudizi che si protraggono **fino alla Corte di Cassazione** e, in alcuni casi, **fino al quinto grado di giudizio**, con un significativo aggravio di costi per l'Amministrazione, sia in termini di spese legali sia per gli oneri derivanti dalla riforma delle decisioni.



È inoltre emblematico il giudizio relativo all'annullamento, da parte di un Comune, dell'autorizzazione sindacale per il setting semiresidenziale del Centro *Villa dei Fiori*, nonostante plurimi pareri dell'ASL – resi a seguito di sopralluoghi – avessero attestato la sussistenza del titolo autorizzativo.

In tale contesto, l'ASL, anziché sostenere in giudizio una posizione coerente con quanto da essa stessa accertato e con l'operatività pluridecennale della struttura, ha eccepito l'inammissibilità del giudizio nei propri confronti, di fatto sottraendosi a ogni responsabilità, pur a fronte del **concreto rischio che 42 pazienti con gravi disabilità potessero rimanere privi delle necessarie cure**. Naturalmente il Giudice ha annullato la decisione del Comune.

ESIGENZA DI MODIFICA

L'atteggiamento processuale descritto risulta **controproducente per l'Amministrazione**, sia sotto il profilo economico, per i costi elevati che determina, sia sotto il profilo istituzionale, in quanto non coerente con le finalità pubbliche che l'azione amministrativa è chiamata a perseguire, soprattutto in un settore delicato come quello della riabilitazione, che coinvolge persone estremamente fragili.

PROPOSTA

Si rende pertanto necessario promuovere un **cambio di impostazione** dell'attività difensiva dell'ASL, prevedendo l'adozione di **linee guida per l'Avvocatura**, finalizzate a:

- evitare la proposizione sistematica di eccezioni manifestamente infondate o superate dalla giurisprudenza;
- favorire un atteggiamento processuale improntato a coerenza e responsabilità istituzionale;
- ridurre il contenzioso inutile e i relativi costi;
- garantire che la difesa in giudizio sia coerente con l'interesse pubblico primario, in particolare con la tutela della continuità delle cure e dei diritti dei pazienti.

Un'Avvocatura orientata a tali principi contribuirebbe a una gestione più efficiente delle risorse pubbliche e a rafforzare la credibilità istituzionale dell'Amministrazione nel settore sanitario.



PUNTO 11

ESPERIENZE REGIONALI A SUPPORTO DELLE PROPOSTE DI MODIFICA

Nell'ottica di dare attuazione alle proposte di modifica si rappresenta che in molte realtà regionali già sono previste in particolare,

Regione Umbria

Per la regione Umbria si segnala che l'offerta di trattamenti riabilitativi residenziali destinati alle persone con disabilità fisiche psichiche e sensoriali, ai sensi del Regolamento Regionale (R.R.) n. 1 del 25/01/2023 allegato D, s.m.i., è garantita dalle seguenti strutture:

Strutture per persone disabili giovani e adulte	Codice	Riferimento D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 LEA
- Strutture RD4 per persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale	RD4.1	art. 34 c.1 lett. a, b
- Strutture RD2 per persone disabili in età evolutiva (minorazioni plurisensoriali)	RD2	art. 34 c.1 lett. a, b

Per entrambi i setting è previsto il modulo estensivo ed intensivo, secondo la distinzione operata dall'art. 34 del DPCM sui LEA.

In merito alla proposta di cui al punto 3 del presente documento avente ad oggetto "Eliminazione del limite automatico dei **240 giorni** di ricovero e del meccanismo di traslazione tariffaria al setting RSA – centralità della valutazione clinica" **si segnala che in regione Umbria la normativa regionale richiama in toto la citata normativa nazionale prevedendo:**

la possibilità di rinnovo del progetto riabilitativo al persistente del bisogno riabilitativo del paziente, la regione Umbria rende il setting appropriato per i pazienti con disabilità congenite neurologiche e sensoriali, per i quali non vi è un'aspettativa di "riabilitazione" intesa **come riacquisizione di capacità prima possedute, ma di contrasto ad una evoluzione peggiorativa della condizione di disabilità.**

Con riferimento alla proposta di cui al punto 2 del presente documento, avente ad oggetto "**Necessità di personale** per pazienti con patologie congenite gravi e gravissime..." si segnala che la regione Umbria, con R.R. n. 1/2023 allegato D:



A. Per il trattamento estensivo:

Per il setting **RD4.1 e RD2**, oltre a indicare i minutaggi per le diverse figure professionali (assistenza infermieristica, assistenza globale con OSS e assistenza medica), per quanto riguarda l'**assistenza professionale**, dopo aver individuato il personale addetto (psicologo, professionisti della riabilitazione, educatore e assistente sociale, **per almeno 60 min giornalieri**), prevede espressamente che ***“i vari professionisti intervengono secondo quanto stabilito con il PRI”,*** ovvero in base alle esigenze del paziente.

RD4.1 ESTENSIVO MINUTAGGIO

Assistenza infermieristica	sulle 24 h con almeno 30 min giornalieri per ospite
Assistenza OSS	sulle 24 ore con almeno 140 min giornalieri per ospite
Assistenza medica	per almeno 150 min giornalieri per nucleo
Assistenza professionale	erogabile dallo psicologo, professionisti della riabilitazione, educatore, assistente sociale per almeno 60 min giornalieri per ospite

RD2 ESTENSIVO MINUTAGGIO

Assistenza infermieristica	sulle 12 h con almeno 40 min giornalieri per ospite
Assistenza OSS	sulle 24 ore con almeno 140 min giornalieri per ospite
Assistenza medica	per almeno 100 min giornalieri per nucleo
Assistenza professionale	- terapia psico-educativa per 110 min giornalieri per ospite di cui educativa per 100 min giornalieri per ospite - terapia riabilitativa per almeno 60 min giornalieri, - psicologo per almeno 110 min giornalieri per nucleo - pedagogista per almeno 150 min giornalieri per nucleo - assistente sociale per almeno 75 min giornalieri per nucleo



B. Per il trattamento intensivo:

Per il setting **RD4.1 e RD2** viene definito il minutaggio per le diverse figure professionali (assistenza infermieristica, assistenza globale con OSS e assistenza medica), mentre per quanto riguarda l'**assistenza professionale**, una volta individuato come minutaggio minimo **“180 min giornalieri per persona”** e le figure addette all'erogazione di tale assistenza professionale (psicologo, professionisti della riabilitazione, educatore e assistente sociale) **viene stabilito che i trattamenti vengono erogati “secondo quanto stabilito con PRI”**.

In altri termini dei 180 min giornalieri che devono essere erogati alla persona, non viene imposto a priori che si tratti di riabilitazione erogata da tecnici della riabilitazione, ma, a seconda di quanto previsto dal PRI, ovvero a seconda della patologia presentata dal paziente, viene deciso il trattamento o la combinazione dei trattamenti da erogare nei 180 minuti giornalieri.

RD4.1 INTENSIVO MINUTAGGIO

Assistenza infermieristica	sulle 24 h con almeno 45 min giornalieri per ospite
Assistenza OSS	sulle 24 ore con almeno 180 min giornalieri per ospite
Assistenza medica	per almeno 150 min giornalieri per nucleo
Assistenza professionale	per almeno 180 min giornalieri per ospite erogabili dallo psicologo, professionisti della riabilitazione, educatore, assistente sociale

RD2 INTENSIVO MINUTAGGIO

Assistenza infermieristica	sulle 24 h con almeno 45 min giornalieri per ospite
Assistenza OSS	sulle 24 ore con almeno 180 min giornalieri per ospite
Assistenza medica	per almeno 150 min giornalieri per nucleo
Assistenza professionale	- terapia psico-educativa per 130 min giornalieri per ospite di cui educativa per 120 min giornalieri per ospite - terapia riabilitativa per almeno 180 min giornalieri, - psicologo per almeno 150 min giornalieri per nucleo - pedagogista per almeno 150 min giornalieri per nucleo - assistente sociale per almeno 75 min giornalieri per nucleo



Infine, in merito al **trattamento tariffario** la regione Umbria con D.G.R. 465/2024 ha previsto, a partire dal 1/1/2026, l'applicazione delle seguenti tariffe:

	codice setting	TARIFFA BASE	TARIFFA MASSIMA
Estensivo	RD4	224,92 €	247,41 €
	RD2	238,01 €	261,81 €
Intensivo	RD4	253,41 €	278,75 €
	RD2	323,37 €	355,71€

La scelta della tariffa applicabile tra “base” e “massima” è rimessa alla valutazione dell’ASL in relazione all’eventuale **maggior carico assistenziale**, con riserva della Regione di definire specifiche **linee guida** per la determinazione della tariffa entro i limiti indicati.

Allegati:

- Regolamento Regionale Umbria – R.R. n. 1/2023 (stralcio)
- D.G.R. Umbria n. 465/2024 (stralcio)



Provincia autonoma di Trento

Nella Provincia Autonoma di Trento sono attivi i **centri residenziali per persone con disabilità** che assicurano prestazioni **di assistenza sanitaria e riabilitativa** a minori e adulti con disabilità intellettiva, con o senza limitazioni dell'autonomia fisica.

I pazienti ricoverati in tale regime sono sottoposti a valutazioni periodiche da parte delle **Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili aziendali**, chiamate a verificare di volta in volta l'appropriatezza del setting in relazione all'evoluzione dei bisogni della persona e del relativo percorso di vita, escludendosi pertanto una dimissione automatica al decorso della scadenza del progetto riabilitativo (DGP n. 391/2024).

Quanto alla **dotazione di personale**, il modello organizzativo risulta prevalentemente orientato alla **componente assistenziale e psico-educativa**, secondo i seguenti parametri:

Personale	Minutaggio
medico	12 min/settimanali per pl fino a 50 pl + 2,5 min/settimanali per ogni pl > 50 pl
infermiere	1 : 7 ospiti
OSS, OTA, OSA, Psicologo, educatore etc.	1 : 1,5 ospiti
fisioterapista, logopedista, T.O., etc.	1 : 23 ospiti

La **tariffa** riconosciuta per tali prestazioni varia tra **€ 224,00 e € 233,00** giornalieri, con una quota di compartecipazione stabilita in misura pari a € 36,00 giornalieri.

Allegato:

- D.G.P. Trento n. 391/2024 (stralcio)



Regione Marche

Nella regione Marche, in attuazione del D.P.C.M. del 12.1.2017 (LEA), con **R.R. n. 1/2018**, è stata aggiornata l'**offerta riabilitativa extra ospedaliera**, mediante:

A. l'istituzione dei seguenti setting:

- **RD1 Intensiva** - Residenza Sanitaria Riabilitativa **Intensiva** per Disabili
- **RD2 Estensiva** - Residenza Sanitaria Riabilitativa **Estensiva** per Disabili

B. la riqualificazione del setting RD1 USR - l'Unità Speciale Residenziale.

A. RD1 INTENSIVA E RD2 ESTENSIVA

Per i setting **RD1 e RD2**, in coerenza con la normativa nazionale, la durata del trattamento è definita prevedendo espressamente **la possibilità di proroga** qualora la valutazione multidimensionale accerti la **persistenza del fabbisogno riabilitativo e assistenziale**.

Quanto alla dotazione organica, la **DGR 1412/2023** richiede i seguenti standard:

1. Per il setting **RD1 Intensiva**

Medico	21 min giornalieri/pro capite
Infermiere	81 min giornalieri/pro capite
Operatore socio sanitario	124 min giornalieri/pro capite
Professionista della riabilitazione e delle attività psico-educative e sociali	180 min giornalieri/pro capite di attività riabilitativa (terapia individuale o di gruppo, nursing riabilitativo, addestramento all'uso di ausili, formazione dei familiari etc.).



2. Per il setting **RD2 Estensiva**

Medico	10 min giornalieri/pro capite
Infermiere	40 min giornalieri/pro capite
Operatore socio sanitario	110 min giornalieri/pro capite
Professionista della riabilitazione e delle attività psico-educative e sociali	60 min giornalieri/pro capite di attività riabilitativa (terapia individual o di gruppo, nursing riabilitativo, addestramento all'utilizzo di ausili, formazione dei familiari etc.)

In merito al **trattamento tariffario**, la DGR n. 4/2024 prevede le seguenti tariffe a totale carico del SSR:

Per il setting:	tariffa giornaliera
RD1 (Riabilitazione Intensiva)	271,39 €
RD2 (Riabilitazione Estensiva)	167,07 €

B. RD1 U.S.R. - l'Unità Speciale Residenziale

Per quanto attiene al setting **RD1 U.S.R. - l'Unità Speciale Residenziale**, tale setting ricomprende una pluralità di unità, tra cui rientrano:

- **Unità per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva (UDGEE);**
- **Unità per le Disabilità Gravi in Età Adulta con gravi disturbi comportamentali, tratti autistici da grave disabilità intellettiva/psichica (UDGEA);**
- Unità Speciale per Sordociechi e Pluriminorati Psicosensoriali;
- Unità Riabilitative subintensive a valenza riabilitativa per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (URI-UGCA);
- Unità Speciali di Assistenza Prolungata (SUAP).



In particolare, le **UDGEE, UDGEA** garantiscono **interventi riabilitativi** per persone di tutte le età finalizzati *“alla realizzazione e attuazione di un programma personalizzato **teso allo sviluppo delle abilità della persona e/o mantenimento delle competenze acquisite e la sua inclusione**”* (DGR 1412/2023)

Quanto alla durata della permanenza in queste unità (UDGEE, UDGEA), è espressamente fatta salva la **possibilità di rinnovo del progetto riabilitativo** al persistere del bisogno riabilitativo del paziente, con conseguente **assenza di un limite preordinato** alla durata del trattamento.

Con riferimento allo standard di personale per le **UDGEE e UDGEA**, la DGR 1412/2023 prevede il seguente assetto:

Assistenza medica diretta	38 h settimanali in relazione all'utenza trattata e comprensiva di intervento psicologico
Intervento/nursing riabilitativo/educativo/psicologico	2 ore/die ad assistito
Infermieri + OSS (di cui almeno 40% infermiere e 60% OSS):	> 240 minuti/utente/die

In merito al **trattamento tariffario**, la DGR n. 4/2024 stabilisce la seguente tariffa:

Setting:	tariffa giornaliera a totale carico del SSR
RD1 – USR (per tutte le sotto unità ricomprese nel setting)	292,94 €

Allegati:

- Regolamento Regionale Marche – R.R. n. 1/2018 (stralcio)
- D.G.R. Marche n. 1412/2023 (stralcio)
- D.G.R. Marche n. 4/2024 (stralcio)



12. Considerazioni finali

Credo che l'istituzione sia grande quando sa tornare sui propri passi, ma grandissima quando sa riconoscere eventuali errori. Solo questa grandezza può infondere fiducia nelle istituzioni a noi cittadini e professionisti.



Allegati Generali

1. D.G.R.C. n. 6757/96 – D.C.A. n. 154/14
- 1.1. Schema di confronto del costo del personale Gravi-Medio Livello e Gravissimi-Alto Livello
2. Parere Avvocatura Regionale PP5/2024 del 19.2.2024
3. D.G.R.C. n. 349/2022, Allegato C - schema di contratto 2022-2023 (stralcio)
4. Delibera Asl n. 72/2021 con Nota metodologica (stralcio)
5. Regolamento Regionale Umbria – R.R. n. 1/2023 (stralcio)
6. D.G.R. Umbria n. 465/2024 (stralcio)
7. D.G.P. Trento n. 391/2024 (stralcio)
8. Regolamento Regionale Marche – R.R. n. 1/2018 (stralcio)
9. D.G.R. Marche n. 1412/2023 (stralcio)
10. D.G.R. Marche n. 4/2024 (stralcio)



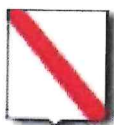
ALLEGATI

ALLA MEMORIA TECNICA E GIURIDICA

Nocera inferiore, 19 gennaio 2026

Rev1. del 20 marzo 2026

Centro studi Villa dei Fiori
Segreteria: dott.ssa Claudia Celestre
tel. 081.515.77.11
cell. 331.450.64.80



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO n. 154 del 29.12.2014

Oggetto: Tariffe assistenza territoriale riabilitazione art. 26 legge n. 833/78. Esecuzione sentenza Consiglio di Stato n. 740/2013.

PREMESSO che:

- a. la DGRC n. 460 del 20 marzo 2007 ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
- b. che l'art. 2, comma 88 della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010) ha stabilito che: "Per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- c. con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d. con la delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania, è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso;
- e. che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 8, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariale n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013, n. 18/2014 e n. 108/2014;
- f. con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3.3.2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il Dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- g. che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni di emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013)
- h. che tra gli acta commissariali al punto 16 è prevista l' "Adozione delle tariffe per prestazioni



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

3. di revocare, come prescritto dal sopracitato parere dei Ministeri affiancanti, la DGR n. 6757/96 e l'allegato protocollo di intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78, ad eccezione della parte in cui vengono fissati i minuti di assistenza per ogni singola funzione o figura professionale per i diversi setting per i quali sono determinate le tariffe per la riabilitazione estensiva ex art. 26 come da Allegato A al presente, riportante stralcio della medesima DGRC citata;
4. di dare atto che il presente provvedimento viene trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e con successivi atti potranno essere recepiti eventuali prescrizioni che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;
5. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, alla U.O.D. Interventi sociosanitari, alla U.O.D. economico-finanziario, alla Direzione Generale per le risorse finanziarie U.O.D. Unità Operativa Dirigenziale Bilancio annuale e pluriennale di previsione, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, all'ARSAN ed alla U.O.D. Bollettino Ufficiale per la pubblicazione, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

SE IL LEGISLATORE AVESSE VOLUTO ANNULLARE PARTE DEL
MINUTAGGIO DELLA DEL. 6757/96 AVREBBE SCRITTO:
"COME MODIFICATO NELL'ALLEGATO A"

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Mario Morlacco

Il Capo del Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente UOD 05 - Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa Marina Rinaldi

Il Dirigente UOD 14 - G.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

Il funzionario responsabile
Dott.ssa M.R. Canzanella

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Giunta Regionale della Campania

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 86 del 29 Dicembre 2014

PARTI 1 Atti della Regione



ALLEGATO A

Internato

1) Internato

A) Funzione Sanitaria

Direzione sanitaria

Direz. tecnica e attività specialistica

10 h settimanali

30 minuti settiman. pro capite

B) Funzione tecnica sanitaria e assistenz.

Terapista coord.

1:180

12 min. settiman. pro capite

Infermiere prof.

1: 60

36 "

Assist. sociale

1: 120

18 "

Tecnici della riabilit.

5 sedute sett. 60' (1 : 7 utenti)

300 "

Educatori p. f.

1 operatore x 10 utenti

216 "

Accompagnatori

1 " " 10 "

216 "

OTA

2 " " 10 "

432 "

C) Funzione di Supporto

Direttore ammin. vo

1:120

Impiegati

1: 30

Manutenzione SS

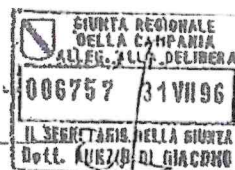
1: 60

Portiere e centralino

1: 40

Ausiliari

1: 20



2 B) Internato medio livello riabilitativo

La dotazione organica prevista al punto 1 così modificata:

Direz. tecnica e attività specialistica

Terapista coord.

1:120

20 minuti settiman. pro capite

Infermiere prof.

1: 30

18 min. settiman. pro capite

Assist. sociale

1: 120

18 "

Tecnici della riabil.

10 sedute sett. 60' (1 : 3,5 utenti)

600 "

Accompagnatori

" " 10 "

216 "



2 " " 10 " 432 " " "

3 B) Internato alto livello riabilitativo

La dotazione organica prevista al punto 1 così modificata:

Terapista coord.	1: 60	- 36 min. settiman.	pro capite
Infermiere prof.	1: 10	216 " " "	"
Assist. sociale	1: 120	18 " " "	"
Tecnici della riabil.**	15 sedute sett. 60' (3 : 7 utenti)	900 " " "	"
Accompagnatori	1 " " 10 "	216 " " "	"
OTA	3 " " 10 "	432 " " "	"

a) Non sono comprese nelle prestazioni riabilitative specifiche: l'assistenza medica di base; le visite specialistiche, i farmaci non correlati alla cura della disabilità, gli ausili protesici di uso personale. Tali prestazioni sono erogate dal S.S.R. secondo la normativa specifica per ciascuna di esse.

b) Sono ammesse a liquidazione le prestazioni effettivamente erogate, con esclusione dei ricoveri ospedalieri e dei temporanei rientri in famiglia.

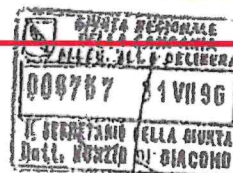
c) Sono ammessi i soggiorni estivi con la stessa retta purché siano mantenuti gli stessi livelli assistenziali.

d) La determinazione qualitativa della dotazione organica del personale è stabilita dal direttore sanitario della struttura sentito il responsabile dell'U.O. del distretto ove insiste la struttura, in rapporto alle patologie prevalenti trattate dal centro.

Semiconvitto

Funzione Sanitaria	
Direzione Sanitaria	10 h settimanali
Direz. tecnica o attività specialistica	
Equipe (multidisciplinare) *	30 min. settimanali pro capite

Funzione tecnica sanitaria e assistenziale			
Terapista coordinatore §	1 : 180	2 " " "	"
Infermiere prof.	1 : 60	36 " " "	"
Assist. sociale	1 : 120	18 " " "	"
Tecnico riabil.**	5 sedute sett. di 60 min. (1 : 7 utenti)	300 " " "	"



MINUTO ALLA SEGRETARIA

A.R.C.

Deliberazione N. 6757

AGG. 1996

CCM N. 22

AGG. 1996

Assessore RAFFAELE CALABRO'

Il Segretario della Commissione

Area Generale di Coordinamento

ASS. SANITARIA - IG. SANITARIA E PREV.NE

Settore:

Fasce Deboli

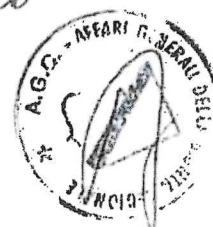


Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL 31 LUG. 1996

PROCESSO VERBALE



Oggetto: CENTRI DI RIABILITAZIONE - Recepimento protocollo di intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78.

1) Presidente	Antonio	RASTRELLI
2) Vice Presidente	Antonio	GIRFATTI
3) Assessore	Raffaele	CALABRO'
4) "	Marco	CICALA
5) "	Francesco	D'ERCOLE
6) "	Concetta	DE VITTO
7) "	Vincenzo	FASANO
8) "	Angelo	GRILLO
9) "	Arturo	IANNACCONE
10) "	Cosimo	IZZO
11) "	Antonio	LUBRITTO
12) "	Luciano	SCHIFONE
13) "	Domenico	ZINZI
Segretario	Nunzio	DI GIACOMO

ASSENTE

ASSENTE

1) LIVELLI DI PERSONALE CON I RELATIVI CONTRATTI DI LAVORO

Vengono riconosciuti i CCNL: ARIS AROP pro Jirapato, ALPS, ANFFAS.

Si conviene inoltre che è possibile intrattenere rapporti di lavoro autonomo, di gruppo o individuale, similare e comunque, evitando il rapporto di dipendenza per le figure mediche, tecnici laureati, assistenti di comunità, assistenti sociali e figure similari nonché per le unità addotte ai servizi a lavoro (cucina, lavanderia, trasporto, guardia medica, pulizia, ecc.). Mentre per le figure tecniche si rimanda alle specifiche tipologie.

Internato**1) Internato****A) Funzione Sanitaria ***

Direzione sanitaria

Direz. tecnica e attività specialistica

10 h settimanali

30 minuti settiman. pro capite

B) Funzione tecnica sanitaria e assistenz.

Terapista coord.	1:120	12 min.	settim.	pro capite
Infermiere prof.	1: 60	36 "	"	"
Assist. sociale	1:120	18 "	"	"
Tecnici della riabil. **	5 persone sett. 60' (1: 7 utenti)	300 "	"	"
Educatori p. c. ***	1 operatore x 10 utenti	216 "	"	"
Accompagnatori	1 " " 10 "	216 "	"	"
	2 " " 10 "	432 "	"	"

C) Funzioni di Supporto

Direttore ammin. ****	1:120
Impiegati	1: 30
Manutenzione SS	1: 60
Portiere e custodie	1: 40
Auxiliari	1: 20

2 A) Internato gravi

La dotazione organica prevista al punto 1 con l'aggiunta:

Accompagnatori	1 oper.	ogni	10 utenti
OTA	1 "	"	10 utenti

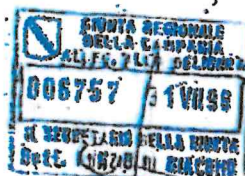
per cui i livelli assistenziali prevedono:

Accompagnatori	2 oper.	"	"	432	"	"	"
Ota	3 "	"	"	648	"	"	"

2 B) Internato medio livello riabilitativo

La dotazione organica prevista al punto 1 così modificata:

Direz. tecnica e attività specialistica		20 minuti settiman. pro capite
Terapista coord.	1:120	18 min. settiman. pro capite
Infermiere prof.	1: 30	72 "
Assist. sociale	1:120	18 "
Tecnici della riabil. **	10 persone sett. 60' (1: 3,5 utenti)	600 "
Accompagnatori	10 "	216 "



2 " " 10 " 432 " " " "

3 A) Internato Gravissimi

La dotazione organica prevista al punto I con l'aggiunta:

Accompagnatori 1
Ola 3
per cui i livelli assistenziali prevedono:

Accompagnatori 2 " " " 432 " " " "
Ola 3 " " " 1080 " " " "

3 B) Internato alto livello riabilitativo

La dotazione organica prevista al punto I così modificata:

Terapista coord.	1: 60	36 min. settiman.	pro capite
Infermiere prof.	1: 10	216 " " "	" " "
Assist. sociale	1: 120	18 " " "	" " "
Tecnici della riabil. **	15 sedute sett. 60' (3 : 7 utenti)	900 " " "	" " "
Accompagnatori	1 " " 10 "	216 " " "	" " "
ATA	3 " " 10 "	432 " " "	" " "

a) Non sono comprese nelle prestazioni riabilitative specifiche: l'assistenza medica di base, le visite specialistiche, i farmaci non correlati alla cura della disabilità, gli ausili protesici di uso personale. Tali prestazioni sono erogate dal S.S.R. secondo la normativa specifica per ciascuna di esse.

b) Sono ammesse a liquidazione le prestazioni effettivamente erogate, con esclusione dei ricoveri ospedalieri e dei temporanei rientri in famiglia.

c) Sono ammessi i soggiorni estivi con la stessa retta purché siano mantenuti gli stessi livelli assistenziali.

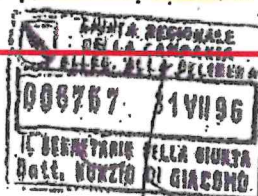
d) La determinazione qualitativa della dotazione organica del personale è stabilita dal direttore sanitario della struttura sentito il responsabile dell'U.O. del distretto ove insiste la struttura, in rapporto alle patologie prevalenti trattate dal centro.

Semiconvitto

Funzione Sanitaria
Direzione Sanitaria 10 h settimanali
Dirizz. tecnica e attività specialistica
Equipe (multidisciplinare) * 30 min. settimanali pro capite

Funzione tecnica sanitaria e assistenziale

Terapista coordinatore §	1 : 180	2 " " "	" " "
Infermiere prof.	1 : 60	36 " " "	" " "
Assist. sociale	1 : 120	18 " " "	" " "
Tecnico riabil. **	5 sedute sett. di 60 min. (1 : 7 utenti)	300 " " "	" " "





Struttura ambulatoriale

Trattamenti domiciliari:

= Quelli previsti dalle linee guida 2/94 ivi compresi gli spazi esterni alle strutture.

= 25 mq totali per posto cura per i primi 200 mq. e 16 mq per gli ulteriori mq.

8 mq per ogni prestazione per i primi 50 mq e 6,25 mq per gli ulteriori mq. e in ogni caso non oltre il 20 % dell'intera struttura.

I centri possono destinare per l'attività domiciliare parte della superficie disponibile fino ad un massimo del 20% ed in ogni caso per un numero di prestazioni non eccedente quello delle prestazioni ambulatoriali.

Esempio: centro di 250 mq, 80% = 200 mq amb., 20% = 50 mq dom.

Trattamenti ambulatoriali: $(200 : 25) \times 8 \text{ ore} = 64$ trattamenti giornalieri.

Trattamenti domiciliari: $(50 : 8) \times 8 \text{ ore} = 50$ trattamenti giornalieri

Le superfici e le attività per strutture complesse sono integrabili e sovrapponibili fra loro nei servizi comuni e integrabili per quanto attiene le prestazioni di terapie riabilitative tenendo conto per ciascun paziente in convitto o semiconvitto andrà comunque riservato lo spazio per i necessari trattamenti.

La capacità operativa massima annua è calcolata sulla base di quella giornaliera moltiplicata, per sei giorni e per 46 settimane annue per l'attività ambulatoriale e domiciliare, in 300 giorni per l'attività di semiconvitto e in giorni solari annui per il tempo pieno.

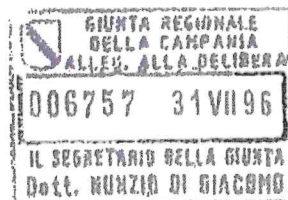
I centri di riabilitazione, a partire dall'1-10-96 provvederanno a presentare mensilmente, al distretto ove insiste la struttura, il riepilogo contabile dell'attività svolta. La A.S.L. dove opera territorialmente il centro provvederà alla liquidazione del 70% degli importi contabilizzati entro il limite temporale di 20 giorni, mentre procederà al congruaggio degli stessi, previa verifica, entro 90 giorni; la ASL successivamente provvederà alla compensazione della mobilità sanitaria regionale con la A.S.L. di residenza dell'Assistito.

D) DETERMINAZIONE TARIFFE 1996.

Tempo pieno	
base	£ 183.000
gravi e medio livello riabilitativo	£ 210.000
gravissimi e alto livello riabilitativo	£ 236.000
Seminformato	
medi	£ 116.700
gravi e gravissimi	£ 146.910

Ambulatoriale ed extramurale
Anno 1996 £ 64.240

Ambulatoriale Piccolo gruppo



Confronto personale necessario in termini economici tra livello grave e medio livello riabilitativo									
INTERNATO GRAVE			INTERNATO MEDIO LIVELLO RIABILITATIVO				Costo lordo settimanale per 20 pz calcolato sui minuti GRAVE	Costo lordo settimanale per 20 pz calcolato sui minuti MEDIO LIVELLO RIABILITATIVO	Minus/Plus costo (Grave rispetto al medio livello riabilitativo)
1) Internato			1) Internato						
A) Funzione Sanitaria *			A) Funzione Sanitaria *						
Direzione Sanitaria			10 h settimanali		10 h settimanali		359,81 €	359,81 €	0,00 €
Direz. Tecnica e attività specialistica			30 minuti settiman. pro capite		20 minuti settiman. pro capite		357,91 €	238,61 €	119,30 €
2 A) Internato gravi			2 B) Internato medio livello riabilitativo						
La dotazione organica prevista al punto 1 <u>con l'aggiunta:</u>			La dotazione organica prevista al punto 1 <u>così modificata:</u>						
Accompagnatori			1 oper. ogni 10 utenti						
OTA			1 " " 10 utenti						
per cui i livelli assistenziali prevedono:									
Accompagnatori			2 oper. " " 432 " " "		1 " " 10 " " 216 " " "		2.485,25 €	1.242,62 €	1.242,62 €
Ota			3 " " " 648 " " " "		2 " " 10 " " 432 " " " "		4.312,32 €	2.874,88 €	1.437,44 €
B) Funzione tecnica sanitaria e assistenz.									
Terapista coord.			1:180		12 min. sett. pro capite		102,84 €	154,26 €	-51,42 €
Infermiere prof.			1:60		36 " " " "		285,72 €	571,44 €	-285,72 €
Assist. Sociale			1:120		18 " " " "		142,86 €	142,86 €	0,00 €
Tecnici della riabil. **			5 sedute sett. 60' (1:7 utenti)		300 " " " "		2.381,00 €	4.762,01 €	-2.381,00 €
Educatori prof.***			1 operatore x 10 utenti		216 " " " "		1.714,32 €		1.714,32 €
C) Funzione di Supporto			C) Funzione di Supporto						
Direttore amm.vo ***			1:120		1:120		202,40 €	202,40 €	0,00 €
Impiegati			1:30		1:30		525,92 €	525,92 €	0,00 €
Manutenzione \$\$			1:60		1:60		237,18 €	237,18 €	0,00 €
Portiere e centralino			1:40		1:40		359,36 €	359,36 €	0,00 €
Ausiliari			1:20		1:20		621,31 €	621,31 €	0,00 €
TOTALI			TOTALI				14.088,20 €	12.292,65 €	1.795,54 €

Confronto personale necessario in termini economici tra livello gravissimi e alto livello riabilitativo

INTERNATO GRAVISSIMI	INTERNATO ALTO LIVELLO RIABILITATIVO	Costo lordo settimanale per 20 pz calcolato sui minuti GRAVISSIMI	Costo lordo settimanale per 20 pz calcolato sui minuti ALTO LIVELLO RIABILITATIVO	Minus/Plus costo (Gravissimo rispetto all'Alto livello riabilitativo)
1) Internato	1) Internato			
A) Funzione Sanitaria *	A) Funzione Sanitaria *			
Direzione Sanitaria 10 h settimanali	Direzione Sanitaria 10 h settimanali	359,81 €	359,81 €	0,00 €
Direz. Tecnica e attività specialistica 30 minuti settiman. pro capite	Direz. Tecnica e attività specialistica 20 minuti settiman. pro capite	357,91 €	238,61 €	119,30 €
3 A) Internato gravissimi	3 B) Internato alto livello riabilitativo			
La dotazione organica prevista al punto 1 <u>con l'aggiunta:</u>	La dotazione organica prevista al punto 1 <u>così modificata:</u>			
Accompagnatori 1				
Ota 3				
per cui i livelli assistenziali prevedono:				
Accompagnatori 2 " " " 432 " " "	Accompagnatori 1 " " 10 " 216 " " "	2.485,25 €	1.242,62 €	1.242,62 €
Ota 5 " " " 1080 " " "	Ota 3 " " 10 " 432 " " "	7.187,19 €	2.874,88 €	4.312,32 €
B) Funzione tecnica sanitaria e assistenz.				
Terapista coord. 1:180 12 min. sett. pro capite	Terapista coord. 1:60 36 min. sett. pro capite	102,84 €	308,52 €	-205,68 €
Infermiere prof. 1:60 36 " " "	Infermiere prof. 1:10 216 " " "	285,72 €	1.714,32 €	-1.428,60 €
Assist. Sociale 1:120 18 " " "	Assist. Sociale 1:120 18 " " "	142,86 €	142,86 €	0,00 €
Tecnici della riabil.** 5 sedute sett. 60' (1:7 utenti) 300 " " "	Tecnici della riabil.** 15 sedute sett. 60' (3:7 utenti) 900 " " "	2.381,00 €	7.143,01 €	-4.762,01 €
Educatori prof.*** 1 operatore x 10 utenti 216 " " "		1.714,32 €		1.714,32 €
C) Funzione di Supporto	C) Funzione di Supporto			
Direttore amm.vo *** 1:120	Direttore amm.vo *** 1:120	202,40 €	202,40 €	0,00 €
Impiegati 1:30	Impiegati 1:30	525,92 €	525,92 €	0,00 €
Manutenzione §§ 1:60	Manutenzione §§ 1:60	237,18 €	237,18 €	0,00 €
Portiere e centralino 1:40	Portiere e centralino 1:40	359,36 €	359,36 €	0,00 €
Ausiliari 1:20	Ausiliari 1:20	621,31 €	621,31 €	0,00 €
TOTALI		16.963,07 €	15.970,79 €	992,3 €



Ufficio Speciale Avvocatura

**Alla D.G. per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario
Regionale**

OGGETTO: DGRC n. 6757/96 e DCA 154/2014. PARERE (PP 5 /2024)

Con nota dell'11 gennaio 24 codesta D.G. chiedeva alla scrivente Avvocatura parere in merito alla portata revocatoria del punto 3 del Decreto n. 154 del 29.12.2014, adottato dal Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, che ha disposto di 3. *“di revocare, come prescritto dal sopracitato parere dei Ministeri affiancanti, la DGRn. 6757/96 e l'allegato protocollo di intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78, ad eccezione della parte in cui vengono fissati i minuti di assistenza per ogni singola funzione o figura professionale per i diversi setting per i quali sono determinate le tariffe per la riabilitazione estensiva ex art. 26 come da Allegato A al presente, riportante stralcio della medesima DGRC citata”*

In data 24 gennaio 24 la scrivente segnalava all'Avvocatura che, nel fascicolo aperto PALEGAL, mancavano gli allegati indicati nella nota, pertanto ne andava chiesta la trasmissione.

In data 31 gennaio venivano inseriti documenti vari nel fascicolo informatico.

Seguiva seconda richiesta di integrazione documentale, attesa l'incompletezza della documentazione trasmessa, riscontrata in data 11.2.24.

Ciò posto, in merito allo specifico quesito, risulta opportuno preliminarmente procedere alla ricostruzione dell'evoluzione regolamentare in materia.

1. Con D.G.R.C. 6757/96 veniva approvato il protocollo di intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 L. 833/78, suddiviso in 3 Sezioni.
2. Nella sezione B venivano individuati i parametri per la determinazione dell'organico del personale dei centri di riabilitazione, distinguendosi le seguenti fattispecie:
 - 1) Internato;
 - 2A) Internato gravi;
 - 2B) Internato medio livello riabilitativo;
 - 3A) Internato gravissimo;
 - 3B) Internato alto livello riabilitativo



Ufficio Speciale Avvocatura

Rispetto a tali fattispecie la predetta delibera prevedeva le relative tariffe.

3. Con successivo Decreto del Commissario ad acta n. 154 del 29.12.2014 veniva approvato l'aggiornamento delle tariffe. una medesima tariffa.
4. Per quanto di interesse in questa sede, l'indicato decreto, al punto 3, ha disposto "*di revocare, come prescritto dal sopracitato parere dei Ministeri affiancanti, la DGRC n. 6757/96 e l'allegato protocollo d'intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78, ad eccezione della parte in cui vengono fissati i minuti di assistenza per ogni singola funzione o figura professionale per i diversi setting per i quali sono determinate le tariffe per la riabilitazione estensiva ex art. 26 come da Allegato A al presente, riportante stralcio della medesima DGRC citata*"
5. Detto allegato A dovrebbe corrispondere alla Sezione 2 della delibera G.R.C. n. 6757/1996. Tuttavia, da una lettura comparata dell'allegato A del DCA 154/2014 e della Sez B della D.G.R.C. 6757/1996, si evince una discrasia: nell'allegato A della DCA 154/2014 sono riportate solamente le fattispecie di "Internato; Internato medio livello riabilitativo, Internato alto livello riabilitativo" mentre NON sono riportate le fattispecie di "Internato gravi" e "Internato gravissimi" contemplate nella Sez B della DGRC n. 6757/1996.

In presenza di tale discrasia codesta D.G. ha chiesto alla scrivente Avvocatura di "*individuare la corretta interpretazione della portata revocatoria del citato estratto del decretato*". Si tratta di valutare se la P.A. abbia o meno inteso, implicitamente, abrogare quella parte della D.G.R.C. 6757/1996 espressamente richiamata ma poi non integralmente riportata.

In merito si osserva quanto segue.

La Giurisprudenza ammette l'istituto dell'atto implicito al ricorrere di determinate condizioni tra le quali la sussistenza di una manifestazione espressa di volontà da cui possa desumersi, in maniera univoca, l'atto implicito.

Ebbene, dalla lettura del Decreto 154/2014 emerge chiaramente che lo stesso non contiene una volontà espressa di modificare la Sez. B della D.G.R.C. 6757/1996.

L'indicato decreto, al punto 3, infatti così testualmente recita: "... DECRETA...(omissis) ... 3. *di revocare, come prescritto dal sopracitato parere dei Ministeri affiancanti, la DGRC n. 6757/96 e l'allegato protocollo d'intesa sull'attività riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78, ad eccezione della parte in cui vengono fissati i minuti di assistenza per ogni singola funzione o figura professionale*



Ufficio Speciale Avvocatura

per i diversi setting per i quali sono determinate le tariffe per la riabilitazione estensiva ex art. 26 come da Allegato A al presente, riportante stralcio della medesima DGRC citata"

Dal dato testuale dell'indicata disposizione si evince chiaramente che il Decreto 154/2014 ha espressamente escluso dalla revoca quella parte della DGRC 6757/96 in cui vengono fissati i minuti di assistenza per ogni singola funzione o figura professionale, senza null'altro specificare, con ciò intendendo inequivocabilmente far salva l'intera Sez B dell'indicata Delibera.

Si consideri, inoltre, che nel Decreto è testualmente precisato che viene riportato lo stralcio della DGRC (*"come da allegato A al presente, riportante stralcio della medesima DGRC citata"*), con ciò intendendo chiaramente (*in claris non fit interpretatio*) far riferimento allo stralcio della delibera corrispondente alla Sez B dell'indicata delibera, NON allo stralcio della Sez B.

Per gli indicati motivi, conformemente all'orientamento giurisprudenziale formatosi in merito all'atto amministrativo implicito ed in ossequio al principio di coerenza e non contraddizione (*"nemo contra factum proprium venire potest"*) si ritiene che, in presenza di una discrasia tra quanto formalmente ed espressamente disposto con il *"Decreto"* del provvedimento commissariale 154/2014 e quanto riportato nell'allegato A al Decreto stesso, debba darsi prevalenza al decretato.

Conseguentemente l'Allegato A del Decreto 154/2014 deve reputarsi per mero errore materiale non corrispondente integralmente alla Sezione B della DGRC 6757/1996 la quale, a sua volta, deve considerarsi esclusa dalla revoca nella sua interezza

Nei sensi sopra esposti si rende il parere richiesto

Avv. Rosanna Panariello



Delibera della Giunta Regionale n. 349 del 07/07/2022

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

U.O.D. 12 - Assistenza e interventi socio-sanitari

Oggetto dell'Atto:

DEFINIZIONE PER L'ESERCIZIO **2022 E 2023** DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA E DEI RELATIVI CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI PER REGOLARE I VOLUMI E LE TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI LA MACROAREA DELLA RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78.

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

Contratto tra la struttura:

Partita IVA: _____ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): _____
 con sede legale in _____ (Prov: _____ ; CAP: _____)
 Via _____ n° _____ per la sede operativa sita in _____
 _____ alla Via _____ n. _____,
 autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n. _____
 del _____ del Comune di _____, accreditata con il SSR con decreto n. _____ del
 _____ per erogare prestazioni di riabilitazione estensiva territoriale cd ex art. 26 Legge 833/78 in
 regime _____ (residenziali, e/o semiresidenziali e/o
 ambulatoriali e domiciliari) legalmente rappresentato/a _____ dal/la
 sottoscritto/a _____, C.F. _____ come da fotocopia
 della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto;
 il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U.
 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27/12/1956 n. 1423 e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31/5/1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b) art. 38, comma 1, D.Lgs 163/2006;
- non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/201__.

E

L'Azienda Sanitaria Locale _____ con sede in _____ Partita
 IVA: _____ rappresentata dal Direttore Generale _____, nato a
 _____ il _____, munito dei necessari poteri come da DPGRC di
 nomina n. _____ del ____/____/____

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n. ____ del ____/____/____.

PREMESSO

- che con delibera di Giunta Regionale n. ____ del ____/____/____ la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 per l'anno 202__, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(Oggetto e durata)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010, che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, da parte della sottoscritta struttura privata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202__.

Art. 3**(Quantità delle prestazioni)**

1. Il volume di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare è determinato in: *(specificare l'importo 2022 e quello 2023, se diversi)*
 - a) N°prestazioni Ambulatoriali
 - b) N°prestazioni Ambulatoriali P.G.;
 - c) Almeno il ____ % delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;
 - d) Almeno il ____% delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a cittadini residenti o assistibili dalla ASL che sottoscrive il presente contratto;
 - e) N°prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;
 - f) N°prestazioni Semi Residenziali
 - g) N.prestazioni Residenziali;
2. il mix di prestazioni potrà essere diverso nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 4 commi 3,4, e 5, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

Art. 4**(Rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 531/2021; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 531/2021, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove sia verificato che le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA. e nelle more dell'aggiornamento della disciplina delle attività di riabilitazione extraospedaliera erogate in regime residenziale;
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202__– 31 dicembre 202__, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: *(specificare l'importo 2022 e quello 2023, se diversi)*
 - a) per le prestazioni ambulatoriali : Euro.....;
 - b) per le prestazioni amb P.G. : Euro
 - c) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione : Euro
 - d) per le prestazioni semi residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - e) per le prestazioni residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, **è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta:** un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. Altresì è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali; mentre non è consentita la condizione opposta.
4. **La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente**

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Qualora risultino ancora disponibili ulteriori prestazioni e risorse non utilizzate, potranno altresì modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare prioritariamente in quantità e valore le prestazioni socio sanitarie riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione ex art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.

5. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5**(Criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

Art. 6**(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)**

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali.
2. Predispone e monitora il progetto riabilitativo individuale la UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla Delibera n. 482 del 2004, o, nei casi previsti da specifici atti regionali quali il DCA n. 99/2016, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo, in particolare per l'età evolutiva i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1, è necessaria valutazione multidimensionale e integrata.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7**(Obblighi della struttura erogatrice)**



VIA NIZZA, 146 - 84124 - SALERNO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

epd 54 del 19.01.2021

N.ro 72 del 21.01.2021

Oggetto: Commissione per la rideterminazione della Capacità Operativa Massima delle strutture private accreditate. Provvedimenti.

La presente deliberazione si compone di n. ro 11 pagine, di cui n.ro 3 allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

In data _____ il Presidente della Commissione COM e il Dirigente Amministrativo propongono la presente deliberazione evidenziando se vi sono/non vi sono oneri, anche potenziali, a valere sul bilancio pubblico e attestandone, con la seguente sottoscrizione, che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti tutti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L. 20/94 e successive modifiche;

II PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE COM
Dr. Adamo Maiese

FIRMA
ADAMO MAIESE
ASL SALERNO
DIRETTORE U.O.C.
MEDICINA LEGALE
18.01.2021 16:29:52 UTC

ONERI A VALERE SUL BILANCIO AZIENDALE

Nessun onere sul bilancio aziendale

II DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Dott. Andrea Giannattasio

FIRMA
ANDREA GIANNATTASIO
18.01.2021 14:40:10
UTC

PARERI FAVOREVOLI DEI DIRIGENTI DELLE FUNZIONI CENTRALI

DATA	FUNZIONE CENTRALE	FIRMA LEGGIBILE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

In data _____, il Dirigente della FC Economico Finanziaria attesta la regolarità contabile e	SI	NO
attestata la regolarità contabile della imputazione sul conto indicato ove rimane una disponibilità di _____ euro su una previsione a budget di _____ euro come attestato dal Dirigente proponente. FIRMA _____		

NOTA METODOLOGICA

La Commissione per la determinazione/rideterminazione delle Capacità Operative Massime (C.O.M.) dei Centri che erogano prestazioni di Assistenza Riabilitativa ex art. 26, ha individuato una metodologia da applicare uniformemente a tutte le Strutture che afferiscono alla Macroarea dell'Assistenza Riabilitativa.

L'attribuzione della C.O.M. avverrà sulla base dei criteri previsti dalla D.G.R.C. 6757/96, per la parte riconfermata e richiamata nel D.C.A. 154/2014; le C.O.M. saranno determinate in funzione della dotazione organica posseduta ed adeguatamente documentata.

Tutta la documentazione necessaria alla rideterminazione della C.O.M. dovrà essere trasmessa, a firma del Legale rappresentante della Struttura, all'indirizzo p.e.c. "commissionecom@pec.aslsalerno.it"

Di seguito vengono elencati i criteri posti a base della rideterminazione delle C.O.M.:

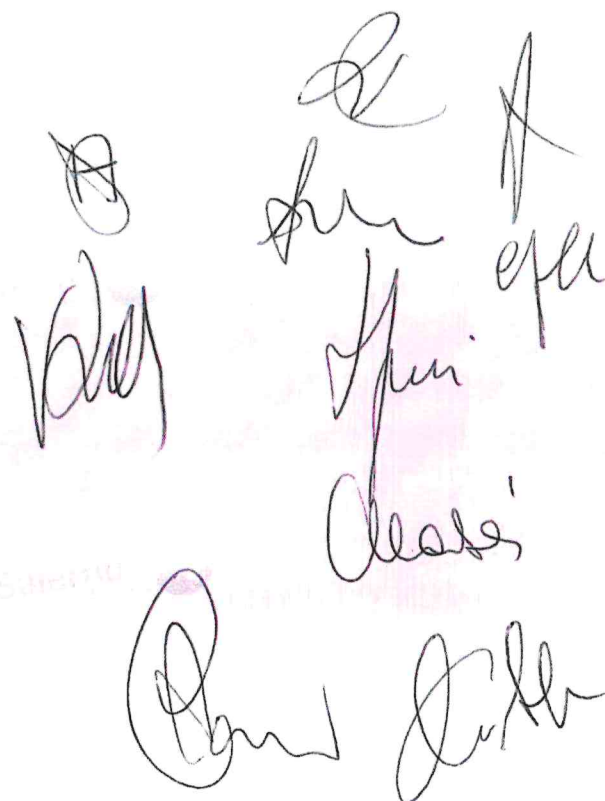
1. La verifica della persistenza dei requisiti strutturali rimane di competenza delle Strutture aziendali preposte; il G.d.L. provvederà esclusivamente ad acquisire l'ultima autorizzazione sanitaria rilasciata alla Struttura stessa;
2. Ai fini del calcolo della C.O.M. si tiene conto delle figure professionali previste dagli atti sopra richiamati, in servizio alla data del 31 dicembre; la rideterminazione della C.O.M. ha valore a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo; pertanto il personale con contratto in scadenza al 31 dicembre verrà considerato ai fini della rideterminazione C.O.M. ferma restando la responsabilità della Struttura a garantire la continuità del rapporto di lavoro per le figure professionali in scadenza;
3. Per tutte le figure professionali a rapporto di dipendenza verrà considerata come base di calcolo l'impegno orario settimanale dichiarato dalla Struttura, ricondotto ad unità sulla base del monte orario settimanale contrattualmente previsto per ciascuna figura;
4. Per il personale a rapporto Libero professionale addetto all'assistenza, si tiene conto dei contratti in essere con ciascun consulente nei quali dovrà essere indicato l'orario settimanale contrattualizzato.
In merito alla possibilità riconosciuta alla Struttura di intrattenere rapporti Libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, la predetta percentuale viene calcolata distintamente per ciascuna figura destinata all'assistenza diretta.
L'eventuale disponibilità di ulteriore personale a rapporto Libero professionale eccedente il limite del 28% non sarà tenuta in considerazione;
5. Il Direttore Tecnico, ove previsto, deve essere specialista e a tempo pieno;
6. In analogia a quanto previsto dai D.C.A. di accreditamento, la determinazione della C.O.M., relativamente ai livelli di gravità previsti dagli atti sopra richiamati, viene effettuata in astratto, considerando gli standard di personale previsti per il livello base; i valori indicati nella scheda di calcolo

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

della rideterminazione C.O.M. non sono vincolanti per la Struttura, fermo restando che a diversi livelli di gravità corrispondono differenti dotazioni organiche che andranno verificate di volta in volta dalle Strutture aziendali preposte;

7. Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali di piccolo gruppo, considerato che gli atti sopra richiamati non contemplano detto setting assistenziale, mancano elementi utilizzabili per la relativa determinazione della C.O.M.;
8. La rideterminazione delle C.O.M., di cui alla presente nota metodologica, attiene esclusivamente alle prestazioni erogate in regime di accreditamento ex art. 26 nell'ambito dei setting ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale contrattualizzati nell'ambito della macroarea Assistenza riabilitativa; la disponibilità del personale necessario all'erogazione di qualunque altra prestazione a vario titolo erogata, al di fuori di quanto contrattualizzato nell'ambito della richiamata macroarea, andrà verificata dalle Strutture aziendali competenti;
9. L'elenco dei documenti necessari alla rideterminazione della C.O.M. viene specificato nell'allegata check list che è parte integrante della presente nota metodologica;
10. La presente nota potrà essere soggetta a verifica e/o aggiornamenti alla luce dell'esperienza realizzata dal G.d.L., previa adeguata motivazione.

Li, 18.01.2021



The bottom right section of the document contains several handwritten signatures in black ink. There are also faint, overlapping pink and purple stamps, including one that appears to say 'ASL S...'. The signatures are written in a cursive, stylized manner.

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 1 febbraio 2023

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione I

REGOLAMENTI REGIONALI

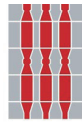
REGOLAMENTO REGIONALE 25 gennaio 2023, n. 1.

Modificazioni ed integrazioni al regolamento regionale 12 aprile 2022, n. 2 (Disciplina in materia di requisiti aggiuntivi e classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di assistenza territoriale extra-ospedaliera).

Nota all'art. 2, alinea:

- Il testo vigente del punto 6 dell'Allegato B) del regolamento regionale 12 aprile 2022, n. 2 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Allegato B)



Regione Umbria

Giunta Regionale

**Requisiti comuni generali delle strutture
sanitarie e socio-sanitarie di assistenza
territoriale extra-ospedaliera**

Strutture RD2 per persone disabili in età evolutiva (minorazioni plurisensoriali)

RD2 - Strutture residenziali per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali

RD2	Strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali a persone non autosufficienti in età evolutiva, affette da minorazioni plurisensoriali. Riguardano patologie motorie, cognitive, sensoriali, e neurologiche dell'età evolutiva, spesso nell'ambito di malattie genetiche e rare, ad eziologia spesso multifattoriale, che interessa le componenti biologiche, funzionali, cognitive. Sono strutture per persone non autosufficienti in età evolutiva, con gravi disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, stabilizzati nelle funzioni vitali, che erogano trattamenti riabilitativi a carattere intensivo o estensivo previa valutazione multidisciplinare, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti 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; b) 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 multidimensionali non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. L'UVM effettua la valutazione dei bisogni anche attraverso l'uso dello strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione ed invia i pazienti alla struttura. L'ammissione avviene con progetto e verifiche periodiche da parte del team multidisciplinare.
Tipologia di trattamento	1) Trattamenti di riabilitazione intensiva, che, di norma, non superano i 45 giorni 2) Trattamenti di riabilitazione estensiva, che, di norma, non superano i 60 giorni
Requisiti aggiuntivi strutturali, organizzative tecnologici	La struttura deve utilizzare un modello organizzativo che preveda: – lavoro degli operatori secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare: Medico specialista in riabilitazione, Psicologo, Neurologo, Infermiere, OSS, Professionisti della riabilitazione, Educatore, Assistente sociale, Pedagogista; – stesura di un piano riabilitativo-educativo individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; – raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività del CSRR disponibile insieme alla documentazione clinica e sociale in archivio presso la sede in cui alloggia l'ospite; – coinvolgimento della famiglia dell'ospite; – organizzazione delle attività per gruppi omogenei per fasce di età e bisogni socio riabilitativi;

	– il Programma giornaliero coerente con il programma riabilitativo e con le figure professionali coinvolte; – la rivalutazione per la verifica del setting assistenziale o per il passaggio ad altra struttura, effettuata periodicamente e al momento del raggiungimento all'età adulta; – l'integrazione scolastica, secondo la normativa vigente. Documenti da produrre sono: - Piani socio-riabilitativi ed educativi individuali - Progetto socio-riabilitativo Servizi offerti alle famiglie: - Accesso ai familiari libero - Attività di sostegno ai familiari - Supporto psicologico																
Requisiti aggiuntivi di personale	Nuclei di massimo 15 pazienti <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO</th> </tr> <tr> <th>TIPOLOGIA DI ASSISTENZA</th><th>INTENSITÀ ASSISTENZIALE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASSISTENZA DI BASE a. Infermiere presente 24h b. OSS presente 24h</td><td>Ass. infermieristica > 45 min/die persona Assistenza OSS >180 min/die persona</td></tr> <tr> <td>ASSISTENZA PROFESSIONALE • Psicologo • Professionisti della riabilitazione • Educatore • Pedagogista • Assistente sociale </td><td> Terapia psico-educativa > 130 min/die persona di cui Educatore >120 min/die persona ---- Terapia riabilitativa > 180 min/die/persona ---- Psicologo > 150 min/die nucleo Pedagogista > 150 min/die nucleo Ass. Sociale > 75 min/die nucleo </td></tr> <tr> <td>ASSISTENZA MEDICA L'assistenza primaria è di competenza del MMG/PLS. <i>Nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA. Medico specialista in riabilitazione o specializzazione equipollente.</i> Medico specialista in riabilitazione.</td><td>Assistenza medica > 150 min/die nucleo</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">TRATTAMENTO RIABILITATIVO ESTENSIVO</th> </tr> <tr> <th>TIPOLOGIA DI ASSISTENZA</th><th>INTENSITÀ ASSISTENZIALE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, INFERMIERE) a. Infermiere presente 12h b. OSS presente 24h</td><td> Assistenza infermieristica > 40 min/die persona Assistenza OSS >140 min/die persona </td></tr> </tbody> </table>	TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO		TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE	ASSISTENZA DI BASE a. Infermiere presente 24h b. OSS presente 24h	Ass. infermieristica > 45 min/die persona Assistenza OSS >180 min/die persona	ASSISTENZA PROFESSIONALE • Psicologo • Professionisti della riabilitazione • Educatore • Pedagogista • Assistente sociale	Terapia psico-educativa > 130 min/die persona di cui Educatore >120 min/die persona ---- Terapia riabilitativa > 180 min/die/persona ---- Psicologo > 150 min/die nucleo Pedagogista > 150 min/die nucleo Ass. Sociale > 75 min/die nucleo	ASSISTENZA MEDICA L'assistenza primaria è di competenza del MMG/PLS. <i>Nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA. Medico specialista in riabilitazione o specializzazione equipollente.</i> Medico specialista in riabilitazione.	Assistenza medica > 150 min/die nucleo	TRATTAMENTO RIABILITATIVO ESTENSIVO		TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, INFERMIERE) a. Infermiere presente 12h b. OSS presente 24h	Assistenza infermieristica > 40 min/die persona Assistenza OSS >140 min/die persona
TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO																	
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE																
ASSISTENZA DI BASE a. Infermiere presente 24h b. OSS presente 24h	Ass. infermieristica > 45 min/die persona Assistenza OSS >180 min/die persona																
ASSISTENZA PROFESSIONALE • Psicologo • Professionisti della riabilitazione • Educatore • Pedagogista • Assistente sociale	Terapia psico-educativa > 130 min/die persona di cui Educatore >120 min/die persona ---- Terapia riabilitativa > 180 min/die/persona ---- Psicologo > 150 min/die nucleo Pedagogista > 150 min/die nucleo Ass. Sociale > 75 min/die nucleo																
ASSISTENZA MEDICA L'assistenza primaria è di competenza del MMG/PLS. <i>Nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA. Medico specialista in riabilitazione o specializzazione equipollente.</i> Medico specialista in riabilitazione.	Assistenza medica > 150 min/die nucleo																
TRATTAMENTO RIABILITATIVO ESTENSIVO																	
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE																
ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, INFERMIERE) a. Infermiere presente 12h b. OSS presente 24h	Assistenza infermieristica > 40 min/die persona Assistenza OSS >140 min/die persona																

	ASSISTENZA PROFESSIONALE • Professionisti della riabilitazione • Psicologo • Educatore • Pedagogista • Assistente sociale	Terapia psico-educativa > 110 min/ die persona di cui Educatore >100 min/die persona ----- Terapia riabilitativa > 60 min/pz/die ----- Psicologo > 110 min/die nucleo Pedagogista> 150 min/die nucleoAss. Sociale> 75 min/die nucleo
	ASSISTENZA MEDICA <i>Nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA. Medico specialista in riabilitazione o specializzazione equipollente.</i>	Assistenza medica> 100 min/die nucleo

Strutture RD4 per persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale

RD4.1 - Strutture residenziali di riabilitazione extraospedaliera

RD4.1	Sono strutture per persone adulte, con gravi disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, stabilizzati nelle funzioni vitali, che erogano trattamenti riabilitativi a carattere intensivo o estensivo previa valutazione multidisciplinare, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a) 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; b) 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 multidimensionali non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. L'UVM effettua la valutazione dei bisogni anche attraverso l'uso dello strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione ed invia i pazienti alla struttura.					
Tipologia di trattamento	1) Trattamenti di riabilitazione intensiva, che, di norma, non superano i 45 giorni 2) Trattamenti di riabilitazione estensiva, che, di norma, non superano i 60 giorni					
Requisiti aggiuntivi strutturali, organizzativi e tecnologici	La Struttura deve utilizzare un modello organizzativo che preveda: – una équipe multidisciplinare composta da: medici specialisti in riabilitazione, infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione, educatori professionali, psicologi e assistenti sociali; – l'organizzazione per nuclei omogenei per classi di età o bisogni terapeutici. In caso di inserimenti di minorenni può essere attivato un modulo RD2; – la stesura del PRI all'ingresso e durante la permanenza e il PRU alla dimissione; – l'utilizzo di strumenti standardizzati e adeguati di valutazione. Inquadramento funzionale di <i>outcome</i>; – <i>è possibile raggiungere un rapporto paziente operatore 2 a 1 oppure 1 a 1, qualora sia necessaria la sorveglianza costante per garantire la loro e altrui incolumità.</i> Servizi offerti alle famiglie – Accesso ai familiari libero – Attività di sostegno ai familiari - Supporto psicologico					
Requisiti aggiuntivi di personale	Nuclei di massimo 15 pazienti <table><tr><th colspan="2">TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO</th></tr><tr><th>TIPOLOGIA DI ASSISTENZA</th><th>INTENSITÀ ASSISTENZIALE</th></tr></table>		TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO		TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE
TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTENSIVO						
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE					

	ASSISTENZA DI BASE a. Infermiere presente 24h b. OSS presente 24h	Assistenza infermieristica > 45 min/die persona Assistenza OSS >180 min/die persona
	ASSISTENZA PROFESSIONALE • Psicologo • Professionisti della riabilitazione • Educatore • Assistente sociale	Assistenza professionale > 180 min/die persona almeno 18 ore settimanali I vari professionisti intervengono secondo quanto stabilito con il PRI
	ASSISTENZA MEDICA L'assistenza primaria è di competenza del MMG/PLS. Medico specialista in riabilitazione o specializzazione equipollente. Nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA.	Assistenza medica > 150 min/die nucleo
	TRATTAMENTO RIABILITATIVO ESTENSIVO	
	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	INTENSITÀ ASSISTENZIALE
	ASSISTENZA DI BASE COMPLESSIVA (OSS, INFERMIERI) Staff: Infermiere e Personale socio-sanitario sulle 24 ore	Assistenza infermieristica > 30 min/die persona Assistenza globale >140 min/die persona
	ASSISTENZA PROFESSIONALE • Psicologo • Professionisti della riabilitazione • Educatore • Assistente sociale	Assistenza professionale > 60 min/die persona I vari professionisti intervengono secondo quanto stabilito con il PRI
	ASSISTENZA MEDICA L'assistenza primaria è di competenza del MMG/PLS. Medico specialista in riabilitazione o specializzazione equipollente. Nelle ore notturne e festive l'assistenza medica è garantita dalla CA.	Assistenza medica > 150 min/die nucleo

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 26 giugno 2024

*Si pubblica di regola
il mercoledì
con esclusione dei giorni festivi*

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

Avvertenze: Ai sensi della legge regionale 26 giugno 2012, n. 9, il Bollettino Ufficiale della Regione Umbria si pubblica in Perugia ed è suddiviso in tre serie. Nella **SERIE GENERALE** sono pubblicate le leggi e i regolamenti regionali; i testi unici; i testi coordinati di leggi e regolamenti regionali; il Regolamento interno e le deliberazioni del Consiglio regionale; le ordinanze e i decreti del Presidente della Giunta; le deliberazioni della Giunta regionale, le determinazioni la cui pubblicazione è prevista da leggi o regolamenti; la proclamazione dei risultati elettorali delle elezioni regionali; le richieste di referendum e la proclamazione dei relativi risultati; le sentenze e le ordinanze della Corte Costituzionale relative a leggi della Regione, a leggi statali, a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione stessa, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi regionali. Nella **SERIE AVVISI E CONCORSI** sono pubblicati gli avvisi, i bandi, i concorsi e ogni altro atto la cui pubblicazione è disposta da leggi o regolamenti. Sono pubblicati, a richiesta di soggetti pubblici o privati, atti di particolare rilevanza per l'interesse pubblico, la cui pubblicazione non è prescritta da leggi o regolamenti. Nella **SERIE INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE**, sono pubblicati l'oggetto delle proposte di legge, di regolamento e di atti amministrativi di indirizzo e programmazione presentati al Consiglio regionale, nonché il testo degli atti per i quali è richiesta la partecipazione.

www.regione.umbria.it

SOMMARIO

PARTE PRIMA

Sezione I

LEGGI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 20 giugno 2024, n. 7.

**Progetto globale delle persone con lesione midollare e funzionamento dell'unità spinale unipolare nel Servizio
socio-sanitario umbro** Pag. 9

LEGGE REGIONALE 20 giugno 2024, n. 8.

Norme in materia di ricostruzione degli edifici di proprietà privata danneggiati dal sisma del 1997 Pag. 16

Viste le “Linee Guida Nazionali per la Valutazione di Incidenza Ambientale” pubblicate sulla G.U. n. 303/2019;
Vista la D.G.R. n. 360 del 21/04/2021 “Recepimento delle Linee guida Nazionali per la valutazione di incidenza (V.Inc.A) - Direttiva 92/43/CEE “Habitat” articolo 6, paragrafi 3 e 4”;

Vista l’istanza di Screening del Geom. Giovanni Fiorelli in qualità di tecnico incaricato dalla committenza, acquisita agli atti con PEC prot. n. 78271-2024, per “Installazione di un tunnel, per usi agricoli, in via delle Macchie del Comune di Ferentillo (TR)”;

Accertato che i luoghi degli interventi ricadono nel territorio comunale di Ferentillo, all’interno del sito Natura 2000 ZPS IT 5220025 “Bassa Valnerina: Monte Fionchi - Cascata delle Marmore”;

Tenuto conto che nel Format Screening proponente viene dichiarato che la costruzione sarà ancorata al terreno senza strutture fisse;

Considerato che il presente atto autorizzativo non esonera il proponente dall’ottenere gli ulteriori titoli abilitativi, ove necessari, a realizzare gli interventi;

Visto il format di supporto screening di V.Inc.A - Proponente e verificata la completezza della documentazione richiesta e allegata;

Visti gli esiti dell’istruttoria effettuata seguendo il Format screening di V.Inc.A - Istruttoria valutatore screening specifico;

Considerato che l’attuazione degli interventi non determinerà incidenza significativa ovvero non pregiudicherà il mantenimento dell’integrità del sito con riferimento agli specifici obiettivi di conservazione di habitat e specie;

Considerato che con la sottoscrizione del presente atto se ne attesta la legittimità;

IL DIRIGENTE

DETERMINA

1. di esprimere, ai sensi della direttiva 92/43/CEE, del D.P.R. n. 357/1997 e s.m. e i. e della L.R. n. 1/2015, parere favorevole sotto il profilo degli effetti diretti ed indiretti, degli interventi, sugli habitat e sulle specie per i quali i siti sono stati individuati;

2. di disporre che copia conforme della presente determinazione venga notificata:

- a) al proponente Sig. Barbonari Luciana c/o Geom. Giovanni Fiorelli - giovanni.fiorelli@geopec.it;
- b) al Comune di Ferentillo - comune.ferentillo@postacert.umbria.it;
- c) al Gruppo Carabinieri Forestale Terni - ftr43633@pec.carabinieri.it;

3. di disporre la pubblicazione della presente determinazione sul *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria ad esclusione degli allegati disponibili per la consultazione presso il Servizio Foreste, montagna, sistemi naturalistici e Faunistica-venatoria;

4. di dichiarare che l’atto è immediatamente efficace.

Perugia, lì 14 giugno 2024

Il dirigente
FRANCESCO GROHMANN

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E WELFARE - DETERMINAZIONE DIRETTORIALE 14 giugno 2024, n. **6431**.

D.G.R. n. 465/2024. Pubblicazione nel BUR dell’Accordo tariffe 2024 sottoscritto dalle parti.

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e sue successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e i successivi regolamenti di organizzazione, attuativi della stessa;

Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241 e sue successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 “Semplificazione amministrativa e normativa dell’ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali”;

Visto il Regolamento interno della Giunta regionale - Titolo V;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 465 del 22/05/2024 (Definizione delle tariffe per le strutture sanitarie e sociosanitarie di assistenza territoriale extraospedaliera, residenziali e semiresidenziali), la quale tra l’altro dispone:

“1. di approvare lo schema di **“ACCORDO TARIFFE 2024. Definizione delle tariffe per le strutture sanitarie e sociosanitarie di assistenza territoriale extraospedaliera, residenziali e semiresidenziali”**, allegato 1 al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

2. di precisare che l’Accordo di cui al punto 1 potrà essere sottoscritto da tutte **le organizzazioni rappresentative a livello regionale degli enti gestori delle strutture sanitarie e sociosanitarie**;

3. di stabilire che l’Accordo di cui al punto 1 sarà sottoscritto dalla Presidente della Giunta regionale o da un suo delegato;

[...]

10. di dare mandato al Direttore regionale Salute e Welfare di predisporre i successivi atti necessari e conseguenti alla attuazione della presente deliberazione”;

Dato atto che le organizzazioni rappresentative a livello regionale degli enti gestori delle strutture sanitarie e sociosanitarie hanno sottoscritto l’accordo, il quale è stato altresì sottoscritto dalla Presidente della Giunta regionale;

Ritenuto di pubblicare nel BUR il testo dell’accordo sottoscritto dalle parti;

Considerato che con la sottoscrizione del presente atto se ne attesta la legittimità;

IL DIRIGENTE

DETERMINA

1. di dare atto che le organizzazioni rappresentative a livello regionale degli enti gestori delle strutture sanitarie e sociosanitarie hanno sottoscritto il documento denominato **“ACCORDO TARIFFE 2024. Definizione delle tariffe per le strutture sanitarie e sociosanitarie di assistenza territoriale extraospedaliera, residenziali e semiresidenziali”**, di cui alla DGR 465/2024, il quale è stato altresì sottoscritto dalla Presidente della Giunta regionale ed è allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

2. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria;

3. l’atto è immediatamente efficace.

Perugia, lì 14 giugno 2024

Il dirigente
MASSIMO D’ANGELO

Allegato 1



Regione Umbria

Giunta Regionale

ACCORDO TARIFFE 2024

***Definizione delle tariffe per le strutture sanitarie
e socio-sanitarie di assistenza territoriale extra-
ospedaliera, residenziali e semiresidenziali***

LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE:

1. le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente Accordo;
2. le **tariffe giornaliere per paziente** applicabili agli accordi contrattuali (convenzioni) stipulati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali Umbria 1 e Umbria 2 con gli enti gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie di assistenza territoriale extra-ospedaliera, di cui all'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992, sono riportate nella **Appendice 1**, parte essenziale ed integrante del presente Accordo;
3. di precisare che le tariffe di cui alla Appendice 1 si applicano come di seguito indicato:
 - a. **colonne gialle** denominate "TARIFFA 2024 dopo firma accordo" (base e massima): le Aziende USL applicano le tariffe ivi indicate alle strutture che hanno ottenuto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio a seguito della positiva verifica del possesso dei requisiti aggiuntivi, imputando le nuove tariffe alle prestazioni rese a far data dal giorno in cui la struttura ha inviato la dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 6 del r.r. 2/2022;
 - b. **colonne celesti** denominate "TARIFFA DAL 01/01/2025" (base e massima): le Aziende USL applicano le tariffe ivi indicate imputando le stesse alle prestazioni rese a far data dal giorno 01/01/2025;
 - c. **colonne verdi** denominate "TARIFFA DAL 01/01/2026" (base e massima): le Aziende USL applicano le tariffe ivi indicate imputando le stesse alle prestazioni rese a far data dal giorno 01/01/2026;
4. di precisare e stabilire che, nelle more del recepimento nell'ordinamento regionale dell'Intesa Repertorio Atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024, come riportato nella Appendice 1, le Aziende USL, dal momento dell'entrata in vigore del presente accordo, applicano alle strutture residenziali e semiresidenziali per le persone con **dipendenze patologiche** una rivalutazione del **15,50%** delle tariffe stabilite nei relativi accordi contrattuali vigenti. Qualora entro la data del 01/01/2026 non siano state stabilite le nuove tariffe per le strutture per le persone affette da dipendenze patologiche, le tariffe applicabili alle medesime tipologie di strutture sono ulteriormente rivalutate del **3,09%** a far data dal giorno 01/01/2026;
5. di stabilire che le tariffe possono essere ricomprese tra il limite "**base**" e il limite "**massimo**" previa valutazione da parte della Azienda USL dell'eventuale maggior carico assistenziale applicabile al singolo paziente, o a categorie di pazienti abitualmente inseriti presso una determinata struttura. Il maggior carico assistenziale può essere determinato con i sistemi di valutazione attualmente disponibili e già utilizzati. La Regione può ulteriormente specificare criteri

per effettuare la valutazione dell'eventuale maggior carico assistenziale e stabilire linee guida per la definizione delle tariffe entro i limiti "base" e "massimo";

6. la Regione si impegna a definire in modo partecipato, coinvolgendo le parti e i portatori di interesse, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, **schemi regionali di accordi contrattuali (convenzioni)** standardizzati per ciascuna tipologia di struttura di cui al r.r. 2/2022, al fine di garantire l'uniformità delle clausole contrattuali in tutto il territorio regionale, con particolare riferimento ai servizi da erogare ai pazienti, al trasporto e al rispetto dei CCNL e dei requisiti di accreditamento in caso di esternalizzazione (totale o parziale) della gestione operativa dei servizi alla persona prestati dalle figure professionali previste nel rr 2/2022;

7. all'atto della sottoscrizione del presente Accordo le parti possono depositare osservazioni, proposte e considerazioni, le quali non costituiscono in alcun modo una riserva, neppure parziale, all'accettazione integrale dell'accordo. La Regione si impegna ad esaminare tali osservazioni, proposte e considerazioni entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo.

per la Regione Umbria  DONATELLA
TESEI
Regione
Umbria -
Giunta
Regionale
13.06.2024
11:48:38
GMT+01:00

Perugia, _____

le parti

organizzazione

sottoscrittore

estremi sottoscrizione digitale

CONFCOOPERATIVE UMBRIA, CARLO DI SOMMA, CADES-B 03/06/2024 SIG0000004396735

AIOP UMBRIA, ALBERTO CUCCHIA, PEC 2024-0124566

LEGACOOOP UMBRIA, ANDREA BERNARDONI, PEC 2024-0125718

UNEBA UMBRIA, VINCENZO CAPPANNINI, PEC 2024-0126402

CEAR UMBRIA, MASSIMO COSTANTINI, PEC 2024-0130164

ANGSA UMBRIA, PAOLA CARNEVALI VALENTINI, PEC 2024-0130175

AGCI UMBRIA, GIANFRANCO PIOMBAROLI, PEC 2024-0130181

CONFAPI PERUGIA, MAURO ORSINI, PEC 2024-0136591

ARIS UMBRIA, FRANCESCA DI MAOLO, PEC 2024-0136989

allegato 2 - tariffe per le strutture sanitarie e sociosanitarie di assistenza territoriale extraospedaliera, residenziali e semiresidenziali

tipologia strutture		codice	denominazione	rif. LEA	carico SSN	nr. posti	vecchia tariffa	TARIFFA ATTUALE (ACCORDO PONTE)	TARIFFA 2024 dopo firma accordo		TARIFFA DAL 01/01/2025		TARIFFA DAL 01/01/2026	
									BASE	MASSIMA	BASE	MASSIMA	BASE	MASSIMA
STRUTTURE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E PER PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA		R.1	Hospice	art. 31	100%	9	€ 250,00	€ 280,00	€ 308,60	€ 339,46	€ 324,84	€ 357,32	€ 337,52	€ 371,27
		R2 (RSA)	Residenza Sanitaria Assistita	art. 30 c.1a	100%	12	€ 135,00	€ 135,00	€ 155,23	€ 170,75	€ 163,40	€ 179,74	€ 170,39	€ 187,43
		R2D	Nucleo per demenze	art. 30 c.1a	100%	10			€ 171,73	€ 188,90	€ 180,77	€ 198,85	€ 188,87	€ 207,76
		R3 (RP)	Residenze Protette per anziani	art. 30 c.1b	50%	20	€ 87,20	€ 97,66	€ 105,74	€ 116,32	€ 113,84	€ 125,22	€ 120,00	€ 132,00
		SR1	Strutture semiresidenziali - Centri diurni anziani	art. 30 c.3	50%	10	€ 58,00	€ 64,96	€ 72,90	€ 80,19	€ 78,29	€ 86,12	€ 82,00	€ 90,20
		SR2D	Strutture semiresidenziali - Centri diurni per demenze	art. 30 c.3	50%	10			€ 90,07	€ 99,08	€ 94,81	€ 104,29	€ 98,94	€ 108,83
S T R U T T U R E P E R P E R S O N E D I S A B I L I G I O V A N I	Strutture RD1 per persone disabili non autosufficienti gravi o con responsività minimale	RD1.1	Strutture residenziali per i soggetti a responsività minimale (PRIMI 240 GIORNI)	art. 29	100%	20	€ 262,00	€ 262,00	€ 268,56	€ 295,42	€ 282,70	€ 310,97	€ 292,31	€ 321,54
		RD1.1	Strutture residenziali per i soggetti a responsività minimale	art. 29	100%	20	€ 236,00	€ 236,00	€ 241,91	€ 266,10	€ 254,64	€ 280,11	€ 263,30	€ 289,63
		RD1.1	Strutture residenziali per i soggetti a responsività minimale VENTILAZIONE MECCANICA	art. 29	100%	20	€ 262,00	€ 262,00	€ 342,95	€ 377,25	€ 361,00	€ 397,10	€ 379,93	€ 417,92
		RD1.2 (SUAP)	Speciali Unità di Accoglienza Permanente (strutture residenziali) PRIMI 240 GIORNI	art. 29	100%	10	€ 262,00	€ 262,00	€ 268,56	€ 295,42	€ 282,70	€ 310,97	€ 292,31	€ 321,54
		RD1.2 (SUAP)	Speciali Unità di Accoglienza Permanente (strutture residenziali)	art. 29	100%	10	€ 236,00	€ 236,00	€ 241,91	€ 266,10	€ 254,64	€ 280,11	€ 263,30	€ 289,63
		RD1.2 (SUAP)	Speciali Unità di Accoglienza Permanente (strutture residenziali) VENTILAZIONE MECCANICA	art. 30	100%	10	€ 236,00	€ 236,00	€ 305,69	€ 336,26	€ 321,78	€ 353,96	€ 338,18	€ 372,00
	Strutture RD2 per persone disabili in età evolutiva (minorazioni plurisensoriali)	RD2	Strutture residenziali per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali INTENSIVA	art. 34 c.1ab	100%	15			€ 292,84	€ 322,12	€ 308,25	€ 339,08	€ 323,37	€ 355,71
		RD2	Strutture residenziali per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali ESTENSIVA	art. 34 c.1ab	100%	15			€ 216,13	€ 237,75	€ 227,51	€ 250,26	€ 238,01	€ 261,81
		RD2-SR	Centro riabilitativo ed educativo semiresidenziale per persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali	art. 34 c.3a	100%	10			€ 147,49	€ 162,24	€ 155,25	€ 170,78	€ 161,74	€ 177,91
	Strutture RD3 per persone disabili in età evolutiva (disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo)	RD3	Strutture residenziali per minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo ALTA INTENSITA'	art. 32 c.3a	100%	15			€ 241,29	€ 265,42	€ 253,99	€ 279,39	€ 265,92	€ 292,51
		RD3	Strutture residenziali per minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo MEDIA INTENSITA'	art. 32 c.3b	100%	15			€ 237,02	€ 260,72	€ 249,49	€ 274,44	€ 261,35	€ 287,49
		RD3	Strutture residenziali per minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo BASSA INTENSITA'	art. 32 c.3c	100%	15			€ 239,94	€ 263,94	€ 252,57	€ 277,83	€ 264,61	€ 291,07
		RD3-SR	Strutture semires. li per minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo RIABILITAZIONE INTENSIVA	art. 32 c.3	100%	20	€ 120,00	€ 134,40	€ 139,11	€ 153,02	€ 147,98	€ 162,78	€ 155,23	€ 170,75

I A D U L T E		RD3-SR	Strutture semires.li per minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo RIABILITAZIONE ESTENSIVA	art. 32 c.4	100%	20			€ 134,24	€ 147,66	€ 141,30	€ 155,43	€ 147,78	€ 162,56	
	Strutture RD4 per persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale	RD4.1	Strutture residenziali di riabilitazione extraospedaliera INTENSIVA	art. 34 c.1a	100%	15			€ 229,70	€ 252,67	€ 241,79	€ 265,97	€ 253,41	€ 278,75	
		RD4.1	Strutture residenziali di riabilitazione extraospedaliera ESTENSIVA	art. 34 c.1b	100%	15	€ 180,00	€ 201,60	€ 206,65	€ 227,32	€ 217,53	€ 239,28	€ 224,92	€ 247,41	
		RD4.1-SR	Strutture semiresidenziali di riabilitazione estensiva extraospedaliera	art. 34 c.3a	100%	15	€ 120,00	€ 134,40	€ 137,77	€ 151,54	€ 145,02	€ 159,52	€ 149,95	€ 164,94	
	Strutture RD5 per persone disabili con parziale autonomia prive di supporto familiare	RD5.1	Centro Socio-Riabilitativo ed educativo residenziale per persone disabili ELEVATO IMPEGNO	art. 34 c.1c1	70%	20			€ 144,16	€ 158,58	€ 154,28	€ 169,71	€ 163,00	€ 179,30	
		RD5.1	Centro Socio-Riabilitativo ed educativo residenziale per persone disabili MODERATO IMPEGNO	art. 34 c.1c3	40%	20	€ 86,20	€ 96,54	€ 124,50	€ 136,95	€ 131,05	€ 144,16	€ 135,51	€ 149,06	
		RD5.1-SR	Centro Socio-Riabilitativo ed educativo semiresidenziale per persone disabili ADULTI	art. 34 c.3b	70%	20	€ 77,00	€ 86,24	€ 100,31	€ 110,34	€ 105,59	€ 116,15	€ 110,41	€ 121,45	
		RD5.1-SR	Centro Socio-Riabilitativo ed educativo semires.le per persone disabili MINORENNI	art. 34 c.3b	70%	20	€ 77,00	€ 86,24	€ 121,32	€ 133,46	€ 127,71	€ 140,48	€ 133,82	€ 147,20	
		RD5.2	Comunità alloggio per persone disabili gravi	art. 34 c.1c2	40%	10	€ 85,90	€ 96,21	€ 112,30	€ 123,53	€ 120,76	€ 132,84	€ 126,00	€ 138,60	
		RD5.3	Comunità famiglia	art. 34 c.1c2	40%	10	€ 83,00	€ 92,96	€ 99,68	€ 109,65	€ 104,93	€ 115,42	€ 108,50	€ 119,35	
	S T R U T T U R E P S I C H I A T R I C H E	Strutture RP1 Strutture residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative	RP1.1 (SRP.1)	Struttura terapeutico riabilitativa ad alta intensità	art. 33 c.2a	100%	10	€ 230,00	€ 273,70	€ 273,70	€ 301,07	€ 275,00	€ 302,50	€ 277,60	€ 305,36
			RP1.2 (SRP.2)	Struttura terapeutico riabilitativa estensiva	art. 33 c.2b	100%	10	€ 118,37	€ 140,86	€ 144,39	€ 158,83	€ 151,99	€ 167,19	€ 157,16	€ 172,87
Strutture RP2 Strutture residenziali psichiatriche socio riabilitative		RP2 (SRP. 3.1)	Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere	art. 33 c.1c	40%	10			€ 112,51	€ 123,76	€ 118,43	€ 130,27	€ 122,99	€ 135,29	
		RP2 (SRP. 3.2)	Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 12 h giornaliere	art. 33 c.1c	40%	10	€ 65,10	77,47	€ 79,41	€ 87,35	€ 83,59	€ 91,95	€ 86,43	€ 95,08	
		RP2 (SRP. 3.3)	Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie	art. 33 c.1c	40%	10	€ 53,27	€ 59,66	€ 61,15	€ 67,27	€ 64,37	€ 70,81	€ 66,56	€ 73,22	
Strutture SRP Strutture semires. psichiatriche		SRP	Strutture semiresidenziali psichiatriche	art. 33 c.3	100%	15	€ 153,88	€ 183,12	€ 183,12	€ 201,43	€ 184,00	€ 202,40	€ 185,72	€ 204,30	
STRUTTURE PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE rivalutazione DGR 127 24/02/2021									15,50%				3,09%		

**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

Reg. delib. n. 391

Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE**OGGETTO:**

Modificazioni alla deliberazione della Giunta provinciale n. 287 del 8 marzo 2024 avente ad oggetto "L.P. 16/2010 Tutela della salute in provincia di Trento, articolo 21. Servizi socio-sanitari nell'ambito delle aree disabilità e riabilitazione, salute mentale, materno infantile ed età evolutiva, dipendenze: direttive 2024."

Il giorno **28 Marzo 2024** ad ore **09:15** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

PRESIDENTE**MAURIZIO FUGATTI**

Presenti:

**VICEPRESIDENTE
ASSESSORE****FRANCESCA GEROSA
ROBERTO FAILONI
MATTIA GOTTARDI
ACHILLE SPINELLI
MARIO TONINA**

Assenti:

ASSESSORE**SIMONE MARCHIORI
GIULIA ZANOTELLI**

Assiste:

IL DIRIGENTE**NICOLA FORADORI**

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

**Servizi socio-sanitari nell'ambito delle aree
disabilità e riabilitazione, salute mentale,
materno infantile ed età evolutiva, dipendenze:
direttive 2024**

1. AREA DISABILITÀ E RIABILITAZIONE

1.1 INDICAZIONI PROGRAMMATICHE

In continuità con le direttive degli anni precedenti, la programmazione socio sanitaria provinciale ha tra i propri obiettivi il superamento della settorializzazione degli interventi attraverso la presa in carico unitaria della persona e la realizzazione di un progetto di vita che tiene conto dell'evoluzione delle sue esigenze, bisogni e risorse.

Presupposto per raggiungere detto obiettivo è la valutazione multidimensionale e la condivisione con la persona e i suoi familiari di un piano assistenziale individualizzato che diventa uno strumento indispensabile di cui gli operatori sociali e sanitari devono agevolmente disporre.

La valutazione rappresenta il presupposto per un accesso equo al sistema; sul territorio provinciale viene garantita la valutazione multidimensionale in tutti gli assi della vita, che considera tutti i fattori di facilitazione e di limitazione alla realizzazione di percorsi individualizzati di cura e presa in carico della persona disabile in un'ottica inclusiva e di promozione della qualità di vita, coerentemente con quanto previsto dal sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS).

In linea con le valutazioni multidimensionali e con gli strumenti basati sulla classificazione ICF proseguiranno anche i Progetti di vita indipendente attivati nel rispetto delle Linee Guida adottate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per i quali la Giunta provinciale ha approvato le *Disposizioni attuative del modello d'intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità*. La deliberazione n. 1558/2017 ha messo a regime la sperimentazione avviata a partire dal 2014, le deliberazioni n. 1725 di data 30 ottobre 2020 e n. 969 di data 1 giugno 2023 hanno modificato le disposizioni attuative intervenendo sugli importi erogati. Le risorse previste per il corrente anno ammontano a euro 501.600,00.

I valori ed i principi contenuti nella norma nazionale sulla Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, sono alla base del già citato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 5, linea di finanziamento 1.2. Parte dell'investimento è volto alla definizione del progetto individualizzato delle persone con disabilità, con particolare attenzione alla fase di valutazione multidisciplinare e individualizzata dei bisogni e delle risorse dei soggetti coinvolti. Le risorse hanno permesso di potenziare l'unità valutativa multidisciplinare con il coinvolgimento di un professionista dell'area riabilitativa.

Per quanto riguarda l'autismo, nel corso del 2023 la Provincia Autonoma di Trento ha avviato un percorso che ha visto coinvolte le realtà che a diverso titolo si occupano di persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie, in ambito pubblico, del terzo settore e privato. Si sono costituiti tre gruppi di lavoro, a regia provinciale, che approfondiscono i temi individuati dai partecipanti al primo incontro del Tavolo Provinciale sull'autismo avvenuto nel mese di giugno 2023. I tre gruppi di lavoro hanno l'obiettivo di produrre, nel corso del 2024, un documento contenente criticità, risorse e proposte attinenti i temi dell'abitare, dell'inclusione sociale e dell'informazione/comunicazione.

A sostegno dell'implementazione del sistema e delle progettualità che riguardano persone con disturbo dello spettro autistico, la Provincia Autonoma di Trento ha richiesto l'accesso ai fondi ministeriali dedicati a questa tematica attraverso l'approvazione delle Deliberazioni della Giunta

Provinciale n. 2431/2022 e n. 583/2023². Nello specifico, la deliberazione n. 2431/2022 prevede, tra le varie iniziative, la messa in atto di attività finalizzate al miglioramento del carico familiare di fratelli, genitori ed altre figure di riferimento delle persone nello spettro autistico, (progetto “Training di vita”), per un importo pari a euro 50.000,00, interamente coperto mediante utilizzo delle risorse stanziato dal Decreto interministeriale 29 luglio 2022 “Riparto e modalità per l'utilizzazione delle risorse del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 237 del 10 ottobre 2022. L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in qualità di esecutore materiale delle azioni previste dai progetti allegati alle citate deliberazioni, provvederà a ripartire tale finanziamento tra gli enti che attuano interventi a favore delle persone nello spettro autistico (ANFFAS TRENTO Onlus, AGSAT Onlus, Autismo trentino Società cooperativa sociale socio sanitaria), tenendo conto delle progettualità che saranno presentate dai soggetti stessi.

Al fine di sperimentare una forma di gestione territoriale diffusa dei centri residenziali per persone disabili, la Giunta provinciale, con deliberazione n. 53 di data 20 gennaio 2023, ha approvato l'attivazione di un Centro residenziale per persone con disabilità che potrà garantire n. 8 posti letto per accoglienze di tipo residenziale e n. 12 posti per accoglienze semiresidenziali (inclusi gli 8 ospiti del servizio residenziale). L'attività del Centro sarà gestita dall'Associazione ANFFAS Trentino onlus, accreditata provvisoriamente dalla Provincia con determinazione dell'UMSE disabilità e integrazione socio sanitaria n. 5176 del 18 maggio 2023 e individuata da Apss come gestore del Servizi. L'attività sarà avviata nel corso del 2024.

Con le precedenti disposizioni è stata introdotta la possibilità di gestire, in casi eccezionali, situazioni di persone con disabilità ad alta intensità sanitaria in contesti residenziali socio-assistenziali. A tale scopo l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ha definito i criteri per la definizione degli accordi per l'attivazione di assistenze personalizzate e i criteri di valutazione dei progetti (Deliberazione D.G. Apss n. 522 del 08/09/2022). *Nel 2024 prosegue il monitoraggio delle situazioni in essere, avendo come criteri guida la qualità di vita delle persone e l'assenza di alternative di pari efficacia.*

Il budget annuo per gli eventuali invii in strutture extra provinciali per l'area disabilità e riabilitazione (art. 26 L. 833/1978) è confermato in continuità con quanto previsto negli ultimi anni. Ciò in linea con l'esigenza di assicurare sostenibilità, equità e appropriatezza degli interventi assicurati.

Lo stanziamento complessivo previsto per l'Area Disabilità e Riabilitazione ammonta ad € 19.479.600,00.

Nel limite dello stanziamento dell'Area, sono possibili compensazioni tra le diverse voci in relazione all'andamento della domanda.

Accertamento dello stato di bisogno e accesso ai servizi

L'accesso ai servizi rientranti nell'area disabilità e riabilitazione avviene previa valutazione multidimensionale, garantita dall'Unità valutativa multidisciplinare dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

L'UVM di residenza della persona con disabilità svolge le seguenti attività:

² Conferenza Unificata, Presidenza del Consiglio dei Ministri Rep. atti n. 70/W del 25 luglio 2019. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali, sul documento recante “Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza”.

- valuta la storia clinica, le abilità e competenze residue della persona, i rischi clinici potenziali e il contesto socio-familiare;
- individua il percorso assistenziale, socio-educativo, socio-riabilitativo appropriato e il relativo piano assistenziale/educativo individualizzato, tenuto conto delle abilità e competenze residue della persona;
- in caso di inserimento a carattere residenziale, comunica al Comune di residenza il nominativo dell'assistito ai sensi dell'art. 6, comma 4, della Legge 328/2000, anche ai fini del calcolo della quota di compartecipazione laddove prevista;
- cura l'inserimento in struttura, garantendo la continuità informativa tra i diversi servizi coinvolti, la famiglia e la struttura di accoglienza;
- monitora l'appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria complessivamente erogata attraverso l'individuazione di un referente del caso e governa l'eventuale dimissione dai centri, attraverso il costante monitoraggio dell'appropriatezza del *setting* in ragione dell'evolversi del percorso di vita e dei bisogni della persona;
- per le persone inserite in contesti residenziali, al compimento del 65° anno di età, rivaluta la persona al fine di proporre un eventuale trasferimento in RSA, in funzione delle autonomie e dei bisogni sanitari e relazionali dell'ospite.

Il governo dell'accesso alle strutture residenziali è in capo all'UVM del Distretto in cui è collocata la struttura stessa, che si raccorda con i coordinatori UVM per la gestione delle priorità, secondo le procedure predisposte da APSS.

Si dà mandato all'Apss di individuare un referente aziendale al fine di garantire un presidio complessivo delle attività delle UVM, che possa garantire un'interfaccia sia con gli uffici della Provincia Autonoma di Trento responsabili della programmazione, che con le UVM territoriali.

1.2 CENTRI RESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ

1.2.1 Destinatari

Sono destinatari delle prestazioni sanitarie, riabilitative e assistenziali erogate nell'ambito dei centri residenziali per persone con disabilità, gli assistiti del servizio sanitario provinciale, residenti in provincia di Trento, minori d'età e adulti con disabilità intellettiva, con o senza limitazioni dell'autonomia fisica, dalla cui valutazione multidimensionale risulti impossibile l'assistenza a domicilio o l'inserimento in altra struttura residenziale o semiresidenziale socio assistenziale.

1.2.2. Accertamento dello stato di bisogno e accesso ai servizi

L'accesso nei centri residenziali per persone con disabilità avviene previa valutazione multidimensionale, garantita dall'Unità valutativa multidisciplinare dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di residenza della persona con disabilità, secondo le modalità definite al paragrafo 1 pg. 7 "Accertamento dello stato di bisogno e accesso ai servizi".

1.2.3 Prestazioni socio-sanitarie assicurate nei centri residenziali per disabili

I centri assicurano assistenza, protezione e tutela agli ospiti disabili accolti in forma: residenziale, laddove previsto semi-residenziale, e a carattere di sollievo.

Garantiscono in relazione al fabbisogno specifico della persona con disabilità accolta:

- assistenza generica alla persona;
- assistenza medico generica e coordinamento sanitario;
- assistenza infermieristica e sanitaria;
- assistenza terapeutico-riabilitativa;
- attività educative e di supporto alla quotidianità;
- attività di socializzazione e a carattere occupazionale.

Tutte le suddette attività sono finalizzate al potenziamento/mantenimento delle autonomie e della qualità di vita delle persone ospitate anche attraverso interventi mirati e personalizzati.

Per gli ospiti non residenti in provincia di Trento e per le persone accolte in forma semiresidenziale, la fornitura dei farmaci è assicurata ricorrendo all'assistenza farmaceutica convenzionata territoriale.

I centri devono assicurare una corretta gestione dei farmaci ed essere dotati di:

- apposita area di ricezione materiale/registrazione;
- locale con superficie dei pavimenti lavabile e disinfettabile fornito di arredi e attrezzature per il deposito e la corretta conservazione (temperatura/umidità) dei medicinali, dei dispositivi medici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza;
- cassaforte o armadio antiscasso per la conservazione dei medicinali stupefacenti soggetti a tenuta in sicurezza;
- i centri assicurano direttamente, agli ospiti residenziali, gli ausili per incontinenti (pannoloni e traverse) in quanto il relativo costo è previsto nella tariffa sociosanitaria di cui al punto 1.2.4.

Coerentemente a quanto previsto dal Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui al D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48 Leg., i centri residenziali per persone con disabilità garantiscono l'espletamento delle attività sopra dette attraverso équipe pluridisciplinari professionalmente formate (personale medico anche con funzioni di direzione e coordinamento sanitario, educatori professionali, operatori socio-sanitari, infermieri, professionisti sanitari della riabilitazione, personale ausiliario, etc...).

Per quanto riguarda la composizione dell'equipe e la presenza minima di personale garantite presso il nuovo centro residenziale per persone disabili nel territorio delle Giudicarie, si rimanda alla deliberazione della Giunta Provinciale n. 53 del 20 gennaio 2023.

L'Azienda sanitaria è incaricata di verificare l'adeguatezza dei parametri minimi di personale di ciascuna area. L'eventuale eccedenza rispetto al parametro individuato in una delle tre aree potrà essere utilizzata a copertura di carenze di parametro nelle altre aree, garantendo il rispetto delle linee guida.

Area	Parametro minimo	Qualifiche	Modalità di calcolo
sanitaria	medico: 12 min/settimanali ogni posto letto residenziale fino a 50 2,5 min/settimanali ogni posto letto per i posti eccedenti i 50 infermiere: 1 ogni 7 ospiti/ posti letto residenziali	Concorre al raggiungimento del parametro il personale dipendente o convenzionato con le qualifiche di medico ed infermiere.	L'apporto del personale dipendente o convenzionato al raggiungimento del parametro è calcolato in unità equivalenti. Il personale dipendente assente per periodi superiori a 30 giorni consecutivi non viene considerato ai fini del computo del parametro. Ove il parametro sia assicurato da personale non dipendente il valore annuale di riferimento è
riabilitativa	1 operatore ogni 23 ospiti/ posti letto residenziali	Concorre al raggiungimento del parametro il personale dipendente o convenzionato con le qualifiche di fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, terapeuta della	

		neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. e di tecnico della riabilitazione psichiatrica.	pari a 1560 ore, ossia 130 ore mensili. Le ore prestate dal singolo operatore convenzionato eccedente 195 ore/mese e/o 10 ore/giorno sono considerati ininfluenti ai fini della copertura del parametro assistenziale
psico educativa assistenziale	1 operatore ogni 1,5 ospiti/posti letto residenziali di cui almeno il 30% di personale OSS OTA OSA	Concorre al raggiungimento del parametro il personale dipendente o convenzionato con le qualifiche di psicologo, educatore, OSS, OTA, OSA e restante personale addetto ad attività educative e assistenziali con gli ospiti.	

Per tutta la durata della permanenza presso il Centro Residenziale per persone con disabilità, per gli ospiti accolti in regime residenziale con residenza anagrafica in provincia di Trento è sospesa la scelta del medico di medicina generale (c. 2, art. 19 della L.P. 6/98) nonché la correlata quota capitaria prevista dall'Accordo Collettivo vigente. Al Centro viene assicurato - quale contributo all'attivazione della assistenza in parola mediante un medico dipendente o convenzionato con il Centro - il controvalore finanziario corrispondente alla predetta quota capitaria. Per le accoglienze di sollievo o in regime semiresidenziale non va effettuata la sospensione della scelta medica.

Il medico garantisce le seguenti funzioni:

a. funzioni di assistenza medica generale

- assume la responsabilità complessiva in ordine alla promozione e al mantenimento della salute dei residenti attraverso funzioni preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e di educazione sanitaria;
- partecipa all'equipe multidisciplinare per la definizione e il monitoraggio del progetto individualizzato per il residente;
- adotta specifici strumenti per assicurare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, nonché la sicurezza dei residenti;
- valuta e rivaluta periodicamente in modo programmato il carico terapeutico complessivo del residente, con particolare attenzione alle politerapie e alla necessaria riconciliazione prescrittiva documentando il processo nella documentazione sanitaria;
- mantiene i rapporti con i medici specialisti anche in relazione alle terapie prescritte ai residenti - partecipa agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intero centro e all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari dei residenti;
- partecipa alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza ai residenti, nell'ambito dei programmi promossi dal SSP.

b. funzioni di coordinamento sanitario e direzione sanitaria

- favorisce l'adozione e la diffusione, di linee guida clinico-assistenziali validate per assicurare l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza;
- promuove l'elaborazione di strumenti specifici (procedure, linee di indirizzo, ecc.) e attive azioni organizzative (riunioni, formazione sul campo, audit clinici/organizzativi, ecc.) per orientare le pratiche clinico-assistenziali di tutto il personale;
- controlla la qualità e sicurezza della cura e dell'assistenza in generale, ivi incluso l'adozione delle misure per il superamento della contenzione secondo il programma definito a livello di struttura;
- effettua controlli e vigila sull'osservanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;

- mette in atto misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli residenti, secondo le norme vigenti.

Lo svolgimento dell'attività medica e di coordinamento sanitario nei centri residenziali per persone con disabilità comporta il rispetto dei vincoli dell'accordo collettivo nazionale e decentrato per quanto attiene massimali e incompatibilità. E' cura del gestore trasmettere all' Apss ad inizio anno e comunque nel caso di successive variazioni, copia del contratto con il medico incaricato delle funzioni di assistenza medico generica e coordinamento sanitario e l'articolazione oraria della sua presenza presso il centro.

L'attività medica e di coordinamento sanitario non comprende l'attività medico specialistica cui al punto 1.2.7.

1.2.4 Modalità di finanziamento

Il tetto massimo della spesa per l'anno 2024 è fissato in euro 14.443.000,00 ripartito in:

- euro 14.167.000,00 finalizzati alla stipula di accordi con gli enti accreditati; tale ammontare è comprensivo del fondo di riserva di cui al punto 1.2.5;
- euro 276.000,00 finalizzati all'erogazione diretta di forniture di cui al punto 1.2.7 (farmaci, materiale sanitario, assistenza specialistica). La fornitura degli alimenti destinati a un'alimentazione particolare inclusa nei LEA nazionali, la fornitura di prodotti dietetici per nefropatici e per soggetti affetti da malattie rare e la nutrizione artificiale, ivi compreso il materiale sanitario per la sua somministrazione, incluse nei LEA provinciali, non sono ricomprese nel budget assegnato.

Il finanziamento per l'anno 2024 comprende la spesa derivante da eventuali trasferimenti di ospiti dai centri residenziali per persone con disabilità verso le RSA. Nel corso del primo anno decorrente dalla data del trasferimento, viene mantenuta a carico dell'assistito, la medesima quota di compartecipazione dovuta al centro residenziale per persone con disabilità; considerato che la compartecipazione delle RSA è maggiore, per il primo anno decorrente dal trasferimento, la differenza viene posta a carico della Provincia.

Il finanziamento del centro residenziale per persone con disabilità situato a Tione, avverrà mediante erogazione di un budget mensile onnicomprensivo pari a euro 60.000,00, erogabile dal momento dell'attivazione del servizio, fino al 31/12/2024.

Per quanto riguarda il centro residenziale per persone con disabilità dell'APSP Levico Curae, a seguito della valutazione del fabbisogno, il numero massimo dei posti della struttura per l'anno 2024 viene stabilito in 78, con possibilità di nuove accoglienze qualora vi siano delle conclusioni di progettualità (dimissioni, trasferimenti, decessi).

Con riferimento ai centri Villa Maria e Nuova Casa Serena, le tariffe per l'anno 2024, tengono conto degli incrementi dovuti all'adeguamento alle condizioni economico-giuridiche previste dai contratti di lavoro richiesti per operare, per conto di un ente pubblico affidante, in ambito socio assistenziale - Requisito 10, di cui alla determinazione del dirigente Umse disabilità e integrazione socio-sanitaria n. 12908 del 28 novembre 2023, calcolati sulla base dei criteri attuativi dell'articolo 23 comma 6 bis della l.p. 27 luglio 2007, n. 13, approvati dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1815 del 6 ottobre 2023.

Di seguito si riportano le tariffe dei centri residenziali stabilite per il 2024, comprensive di oneri fiscali, qualora dovuti.

Centro residenziale per persone con disabilità	Servizio	Posti	Tariffa socio-sanitaria giornaliera su presenza (al netto di compartecipazione)	Compartecipazione giornaliera su presenza ** <u>a partire dal 1° luglio 2024</u>	Tariffa socio-sanitaria giornaliera assenza (compartecipazione 20%)
Villa Maria Calliano	Residenziale	35	€ 224,00	€ 36,00	€ 146,00
	Sollievo residenziale	*		€ 25,00	
	Semires.	*	€ 110,00	€ 12,00	€ 88,00
Nuova Casa Serena Cognola	Residenziale	49	€ 233,00	€ 36,00	€ 151,00
	Sollievo residenziale	*		€ 25,00	
	Semires.	*	€ 110,00	€ 12,00	€ 88,00
APSP Levico Curae Levico Terme	Residenziale	78	€ 190,00***	€ 36,00	€ 121,00
	Sollievo residenziale	*		€ 25,00	
	Semires.	*	€ 110,00	€ 12,00	€ 88,00
Centro Residenziale valli Giudicarie Tione	Residenziale	8	budget mensile onnicomprensivo € 60.000,00	€ 36,00	
	Sollievo residenziale			€ 25,00	
	Semires.	4		€ 12,00	

* vedi paragrafo 1.2.5

** vedi paragrafo 1.2.6

*** fino all'approvazione delle presenti direttive le tariffe sono definite in base alle direttive 2023

1.2.5 Accoglienze diurne e sollievi

Nei centri residenziali per disabili possono essere accolti, tenuto conto di quanto previsto al punto 1.2.1 e considerando i bisogni degli assistiti e le risposte attivabili tramite la rete dei servizi, oltre agli ospiti residenziali:

- ospiti in accoglienza diurna: si tratta di accoglienze di natura semiresidenziale finalizzate a mantenere la persona disabile presso il proprio domicilio, almeno per parte della giornata e parte dell'anno;
- ospiti accolti in forma temporanea per periodi di sollievo: si tratta di accoglienze in regime residenziale attivate dalla UVM per dare sollievo alle famiglie che assistono persone disabili a domicilio. I ricoveri di sollievo possono avere una durata massima di 40 giorni all'anno che possono essere fruiti anche in periodi frazionati. In relazione alle disponibilità di posti ed alle priorità di bisogni delle persone, in base al progetto individualizzato della persona, l'UVM potrà definire periodi di sollievo ulteriori ai 40 giorni previsti;

Nell'attivazione dell'accoglienza residenziale di sollievo è data priorità a:

- coloro che non fruiscono di altri servizi residenziali e semiresidenziali;

Leggi e regolamenti regionali

Atto: **REGOLAMENTO REGIONALE 01 febbraio 2018, n. 1**

Titolo: Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati".

Pubblicazione: [\(B.U. 15 febbraio 2018, n. 15.\)](#)

Stato: Vigente

Tema: [SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'](#)

Settore: [SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA](#)

Materia: [Strutture assistenziali](#)

Note: Regolamento regionale di competenza dell'Assemblea legislativa regionale, approvato con d.a. n. 69 del 30/01/2018.

Sommario

[Art. 1 \(Oggetto\)](#)

[Art. 2 \(Norme finali\)](#)

[Allegati](#)

Art. 1 (Oggetto)

1. Questo regolamento definisce le tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi del [comma 3 dell'articolo 7 della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21](#) (Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati).

2. Con riferimento alla [lettera a\) del comma 3 dell'articolo 7 della l.r. 21/2016](#) sono definite le tipologie di strutture riportate nei seguenti allegati:

a) Allegato A: Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti ([articolo 7, comma 1, lettera a\), della l.r. 21/2016](#));

b) Allegato B: Strutture ospedaliere ed extraospedaliere che erogano prestazioni in regime ambulatoriale ([articolo 7, comma 1, lettera b\), della l.r. 21/2016](#));

c) Allegato C: Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione e strutture sociali di tutela e accoglienza che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente ([articolo 7, comma 1, lettera c\), della l.r. 21/2016](#));

d) Allegato D: Stabilimenti termali ([articolo 7, comma 1, lettera d\), della l.r. 21/2016](#));

e) Allegato E: Studi odontoiatrici, altri studi medici o di altre professioni sanitarie, se attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, di particolare complessità organizzativa e tecnologica o che comportano un rischio per la sicurezza del paziente, nonché strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche e gli studi o le strutture dove si esegue attività di diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento ([articolo 7, comma 2, della l.r. 21/2016](#)).

3. Con riferimento alla [lettera b\) del comma 3 dell'articolo 7 della l.r. 21/2016](#), la Giunta regionale raccoglie annualmente le richieste da parte dei Comuni di ulteriori specifiche tipologie di strutture sociali di interesse regionale e presenta all'Assemblea legislativa una proposta di integrazione di questo regolamento con specifico allegato contenente l'individuazione di ulteriori tipologie di strutture sociali di interesse regionale. La Giunta regionale aggiorna, altresì, le deliberazioni previste alle lettere b) e c) del [comma 1 dell'articolo 3 della l.r. 21/2016](#).

Art. 2 (Norme finali)

1. La Giunta regionale adotta, previo parere della competente Commissione assembleare, le eventuali modifiche agli allegati che si rendano necessarie per dare attuazione alla normativa statale o regionale sopravvenuta.

Questo sito internet utilizza solo cookie tecnici di prima parte; cookie analitici anonimizzati di terza parte. Per maggiori informazioni, puoi consultare la COOKIE POLICY del presente sito internet.

Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione e strutture sociali di tutela e accoglienza che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, a favore delle categorie di destinatari previste dalla normativa statale e regionale vigente (articolo 7, comma 1, lettera c), della l.r. 21/2016

Area	Livello assistenziale	Regime	Denominazione	Codifica	Descrizione	Rif. DPCM 12/01/2017
Sanitaria extraospedaliere	Intensivo	Residenziale	Ospedale di Comunità	ODC	Struttura con un numero limitato di posti letto gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.	---
Sanitaria extraospedaliere	Estensivo	Residenziale	Casa della Salute Tipo B	CDS.B	Struttura che rappresenta il luogo dove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie. La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Tale tipologia può organizzarsi da H12 fino ad un massimo di H24.	---

Anziani/Fragilità

Area	Livello assistenziale	Regime	Denominazione	Codifica	Descrizione	Rif. DPCM 12/01/2017
Sanitaria extraospedaliere	Intensivo	Residenziale	Cure intermedie	R1	Struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare: - pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario: - consolidare le condizioni fisiche - continuare il processo di recupero funzionale - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero - pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.	Art. 29
Sanitaria extraospedaliere	Estensivo	Residenziale	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze	R2D	Struttura che eroga cure in nuclei residenziali a pazienti con demenza senile/Alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.	Art. 30, c.1, lett. a)
Sanitaria extraospedaliere	Estensivo	Residenziale	Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti	R2	Struttura che eroga cure in nuclei residenziali a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.	Art. 30, c.1, lett. a)

Disabili						
Area	Livello assistenziale	Regime	Denominazione	Codifica	Descrizione	Rif. DPCM 12/01/2017
Sanitaria extraospedaliera	Intensivo	Residenziale	Residenza Sanitaria Riabilitativa intensiva per Disabili	RD1	Struttura residenziale che effettua prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minima.	Art. 34, c.1, lett. a)
Sanitaria extraospedaliera	Intensivo	Residenziale	Unità Speciale Residenziale	RD1-USR	Struttura residenziale che effettua prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a soggetti a responsabilità minima: Unità di Terapia Sub-intensiva a valenza riabilitativa, Unità Speciale Assistenza Prolungata, Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali, Unità per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva.	Art. 34, c.1, lett. a)
Sanitaria extraospedaliera	Estensivo	Residenziale	Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili	RD2	Struttura residenziale che effettua prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva	Art. 34, c.1, lett. b)
Sanitaria extraospedaliera	Estensivo	Semiresidenziale	Centro Diurno Riabilitativo per Disabili	SRDis1	Struttura semiresidenziale che garantisce 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, c.3, lett. a)
Sociosanitaria	Lungoassistenza /Mantenimento	Residenziale	Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili	RD3	Struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a persone maggiorenni in condizioni di disabilità, con nulla o limitata autonomia e non richiedenti interventi sanitari continuativi, temporaneamente o permanentemente prive del sostegno familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale.	Art. 34, c.1, lett. c)
Sociosanitaria	Lungoassistenza /Mantenimento	Semiresidenziale	Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo per Disabili a valenza socio-sanitaria	SRDis2	Struttura semiresidenziale che garantisce trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.	Art. 34, c.3, lett. b)
Sociosanitaria	Protezione	Residenziale	Gruppo appartamento per la Disabilità	RD4	Struttura residenziale a bassa intensità rivolta a soggetti maggiorenni con disabilità fisica, intellettiva o sensoriale in uscita da servizi residenziali a maggiore intensità assistenziale. Utenza con elementi di "cronicità" con una buona funzionalità sociale.	Art. 34, c.1, lett. c)

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SETTORE AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTI
n. 199 del 15 novembre 2023

Oggetto: **L.R. 21/2016 - DGR 1412/2023 – Approvazione del manuale autorizzativo operativo delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale.**

VISTO il documento istruttorio e ritenuto, per le motivazioni nello stesso indicate, di adottare il presente decreto;

VISTA la Legge Regionale 30 settembre 2016, n. 21;

VISTA la Legge regionale 30 luglio 2021 n. 18, articolo 15 comma 2;

VISTO la Legge regionale 30 luglio 2021 n. 18, articolo 14;

DECRETA

1. di approvare il manuale autorizzativo operativo delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale, in Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di trasmettere il presente atto al Dipartimento Salute, all'ARS ed all'OTA.

Dal presente decreto non deriva, né può comunque derivare, impegno di spesa a carico della Regione.

Ai sensi dell'art. 3 comma 4 della L.241/90, il presente decreto può essere impugnato entro 60 giorni dinanzi al TAR Marche, oppure entro 120 giorni con ricorso straordinario al Capo dello Stato.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della Legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRIGENTE
dott. Marco Nocchi

Documento informatico firmato digitalmente



**MANUALE OPERATIVO DELLE
STRUTTURE SANITARIE
EXTRAOSPEDALIERE E SOCIOSANITARIE, RESIDENZIALI E
SEMIRESIDENZIALI**

**Disabilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche,
Minorenni,**

Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-HIV)

RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA INTENSIVA PER DISABILI

Codice paragrafo

R	D	1	
---	---	---	--

Denominazione: Residenza Sanitaria Riabilitativa intensiva per Disabili.

Definizione: Struttura residenziale che effettua prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale.

Caratteristiche Utenza con relativo livello di intensità assistenziale: persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili e misurabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere ed un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore.

Finalità/Obiiettivo di cura: Il progetto riabilitativo individuale (PRI) deve prevedere obiettivi misurabili che possono essere raggiunti nei limiti dei 45 gg **prorogabili**. Reinserimento in ambito domestico o in setting ad intensità assistenziale più basso.

Capacità ricettiva e tipo di organizzazione: organizzazione per moduli/nuclei al massimo di 30 posti o multipli di nucleo, con possibilità di assistere persone con i requisiti minimi della tipologia RD2 per un massimo del 20 % dei posti letto di RD1 (case-mix).

Durata della permanenza in struttura: la durata è di 45 giorni, **prorogabili a seguito di valutazione multidimensionale con strumenti adottati a livello regionale che rilevi la persistenza del fabbisogno riabilitativo/assistenziale.**

Modalità di accesso: diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione), dal MMG, Pediatra di Libera Scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona con strumenti adottati a livello regionale.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P.	REQUISITO	
31	E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni).	EVIDENZA DOCUMENTALE TURNI DI SERVIZIO ORGANIGRAMMA FUNZIONIGRAMMA CONTRATTO/INCARICO CURRICULUM VITA
32	Esiste una équipe multidisciplinare che comprende in relazione alle attività previste in base al Progetto Riabilitativo: personale Medico, infermieristico, OSS, dell'area delle professioni sanitarie riabilitative, con profili attinenti alla tipologia di utenza trattata, dell'area psicologica e pedagogica, dell'area assistenza sociale	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA E FUNZIONIGRAMMA
33	Per ogni singolo assistito è redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multidisciplinare, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità.	EVIDENZA DOCUMENTALE
34	È garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura.	EVIDENZA DOCUMENTALE
35	È garantita l'informazione agli assistiti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo.	EVIDENZA DOCUMENTALE Registrazione nella cartella sanitaria
36	È garantito l'accesso del familiare alla struttura.	EVIDENZA DOCUMENTALE
37	È garantito uno specifico addestramento prima del rientro della persona assistita al proprio ambiente di vita	EVIDENZA DOCUMENTALE Registrazione nella cartella sanitaria
38	Presenza Medico 21 minuti pro die/pro capite	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA ELENCO DEL PERSONALE

		TURNI DI SERVIZIO
39	Presenza Infermiere 81 minuti pro die/pro capite	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA ELENCO DEL PERSONALE TURNI DI SERVIZIO
40	Presenza Operatore Socio Sanitario 124 minuti pro die/pro capite	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA ELENCO DEL PERSONALE TURNI DI SERVIZIO
41	Professionisti della riabilitazione e delle attività psico-educative e sociali: assicurano nei giorni feriali, una media di 3 ore giornaliere di attività riabilitativa (terapia individuale o di gruppo, nursing riabilitativo, addestramento all'uso di ausili, formazione dei familiari etc.).	EVIDENZA DOCUMENTALE TURNI DI SERVIZIO

UNITÀ SPECIALE RESIDENZIALE

Codice paragrafo

R	D	1	USR
---	---	---	-----

Denominazione: Strutture residenziali che effettuano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a soggetti a responsività minimale, quali: Unità Riabilitative sub-Intensive a valenza riabilitativa per Gravi Cerebrolesioni Acquisite (URI-UGCA); Unità Speciali di Assistenza Prolungata (SUAP); Unità per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva (UDGEE); Unità per le Disabilità Gravi in Età Adulta con gravi disturbi comportamentali, tratti autistici da grave disabilità intellettiva/psichica (UDGEA), Unità Speciale per Sordociechi e Pluriminorati Psicosensoriali.

Definizioni:

URI-UGCA: Unità speciale ad altissima intensità terapeutico/riabilitativa che fornisce rapida accoglienza la persona proveniente dalla fase acuta, ancora instabile ed a rischio di complicazioni;

SUAP: Struttura residenziale che effettua prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone in stato vegetativo o di minima coscienza ma anche di "Loked-in Syndrome" e di grave insufficienza respiratoria;

UDGEE: Unità speciale per presa in carico di disabilità di gravità elevata che garantisce la continuità assistenziale riabilitativa tra la fase ospedaliera ad alta intensità e quella domiciliare con specifico percorso di Family Learning/

UDGEA Adulti con gravi disturbi comportamentali, tratti autistici da grave disabilità intellettiva/psichica); Unità speciale per presa in carico di disabilità di gravità elevata che garantisce la continuità assistenziale riabilitativa tra la fase ospedaliera ad alta intensità e quella residenziale a più basso setting assistenziale o quella domiciliare con specifico percorso di Family Learning.

Unità Speciale per Sordociechi e Pluriminorati Psicosensoriali: Unità speciale per l'erogazione di prestazioni diagnostico-valutative trattamenti riabilitativi specialistici per la presa in carico di persone non autosufficienti gravissime.

Caratteristiche Utenza con relativo livello di intensità assistenziale: persone non autosufficienti ad elevato livello assistenziale con disabilità importanti e complesse, tra cui le Unità Speciali, con una presa in carico che comprende: persone in respiro spontaneo con disabilità complessa grave, persone tracheostomizzate in respiro spontaneo, persone tracheostomizzate in ventilazione meccanica. Tale presa in carico richiede:

- Assistenza medica diretta
- Intervento/nursing riabilitativo/educativo/psicologico
- Infermieri e O.S.S. di cui almeno 40% Infermiere e 60% OSS

Finalità/Obiettivo di cura:

URI-UGCA: setting riabilitativo/assistenziale finalizzato alla stabilizzazione clinica, al superamento delle complicanze e all'indirizzamento della persona al percorso assistenziale/riabilitativo successivo più corretto.

SUAP: mantenimento e setting riabilitativo/assistenziale finalizzato, ove possibile, al rientro domiciliare o in domicili protetti di nuova concezione.

Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali UDGEE/A: intervento riabilitativo per persone di tutte le età (neonati, bambini, giovani e adulti) che sulla base di una approfondita valutazione psicodiagnostica, clinico-funzionale multidisciplinare, è finalizzato alla realizzazione e attuazione di un

programma personalizzato teso allo sviluppo delle abilità della persona e/o mantenimento delle competenze acquisite e la sua inclusione.

Capacità ricettiva e tipo di organizzazione:

URI/UGCA: La capacità ricettiva massima è di 20 posti letto per ~~moduli~~ modulo con possibilità di open space.

SUAP: La capacità ricettiva massima è di 20 posti letto per modulo.

Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali UDGE/A: La capacità ricettiva massima è di 20 posti letto per modulo.

Durata della permanenza in struttura:

URI/UGCA: 180 gg prorogabili una sola volta su relazione medica;

SUAP: 120 gg prorogabili su relazione medica;

Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali UDGE/A: 120gg **prorogabili** annualmente con impegnativa del MMG **senza limite preordinato**.

Modalità di accesso:

URI/UGCA: diretto da reparti ospedalieri

SUAP: diretto da reparti ospedalieri o da URI-UGCA, oppure dai servizi territoriali distrettuali/RSA, dal domicilio per sollievo o modificate necessità assistenziali, dal MMG, Pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale.

Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali UDGE/A: direttamente con impegnativa del MMG previa valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

N.P.	REQUISITO	
1	Possibilità, ove richiesto, di garantire la presenza dei genitori o caregivers nella camera di degenza permettendo l'utilizzo di brandina/poltrona allungabile	PLANIMETRIA QUOTATA
2	Nella organizzazione in open space, è previsto uno spazio per la presenza di un genitore/caregivers	PLANIMETRIA QUOTATA
3	Le camere di degenza hanno servizi igienici, che possono essere anche in comune, con la possibilità di accesso e rotazione completa delle carrozzine secondo le normative vigenti	PLANIMETRIA QUOTATA
4	Se il modulo di posti letto in oggetto è collocato all'interno di una struttura di ricovero che prevede altri setting assistenziali, il bagno assistito,	PLANIMETRIA QUOTATA

28	Sono presenti letti articolati con sponde accessibili da ogni lato	EVIDENZA OGGETTIVA
----	--	--------------------

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

N.P.	REQUISITO	
29	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione naturali. Ove ciò non fosse possibile, per ragioni di carattere strutturale o in relazione alle particolari attività svolte, vengono garantiti i livelli di illuminazione e aerazione artificiale	PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA DOCUMENTALE CERTIFICATO A FIRMA DI TECNICO ABILITATO SULLA CONFORMITA' DEGLI IMPIANTI DI AERAZIONE E ILLUMINAZIONE
30	È presente impianto di illuminazione di emergenza	EVIDENZA OGGETTIVA EVIDENZA DOCUMENTALE CERTIFICAZIONE CONFORMITÀ A FIRMA DI TECNICO ABILITATO DELL'IMPIANTO LUCI DI EMERGENZA
31	Sono presenti 3 prese per alimentazione elettrica per posto letto in relazione alla casistica trattata	PLANIMETRIA QUOTATA EVIDENZA OGGETTIVA
32	È presente impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa, in relazione alla casistica trattata	EVIDENZA OGGETTIVA
33	È presente impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto (per almeno il 50% dei PL) (Gli erogatori di ossigeno e gli aspiratori possono essere anche mobili, anche in relazione alla casistica trattata)	EVIDENZA DOCUMENTALE Dichiarazione di asseverazione alle normative del settore a firma di tecnico abilitato Per impianti mobili rispetto della normativa sull'utilizzo e stoccaggio

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P.	REQUISITO	
34	E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni).	
35	Esiste una équipe multidisciplinare che	

41	- Assistenza medica diretta: URI-UGCA: > 8h/die di Medico specialista con guardia medica h24 per struttura in relazione all'utenza trattata; SUAP: 12h/die di Medico specialista; Unità Speciale per Sordociechi e Pluriminorati Psicosensoriali e UDGEE/A: 38h/ settimana in relazione all'utenza trattata comprensiva di intervento psicologico; - Intervento/nursing riabilitativo/educativo/psicologico URI-UGCA e UDGEE/A > 2ore/die ad assistito SUAP > 1 ora/die ad assistito - Minuti di assistenza (infermieri + OSS) di cui almeno 40% Infermiere e 60% OSS URI-UGCA>360 minuti/utente/ die SUAP e UDGEE/A >240 minuti/utente/die; Unità Speciale per Sordociechi e Pluriminorati Psicosensoriali: > 240 minuti/utente/die, comprensivi di altre figure tecniche coinvolte.	
----	--	--

RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA ESTENSIVA PER DISABILI

Codice paragrafo

R	D	2	
---	---	---	--

Denominazione: Residenza Sanitaria Riabilitativa Estensiva per Disabili

Definizione: Strutture residenziali che effettuano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili gravi e gravissime, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, non autosufficienti. Le patologie di base sono a carattere evolutivo e necessitano di riabilitazione estensiva.

Caratteristiche Utenza con relativo livello di intensità assistenziale: persone non autosufficienti in condizioni di evolutività clinica ad elevato bisogno clinico ed assistenziale, destinato a crescere in modo continuo e sostenuto per la durata della presa in carico. Il setting assistenziale necessita di cure infermieristiche e di supporto (OSS) a carattere continuo nelle 24 h ed almeno 1h/die di trattamento riabilitativo.

Finalità/Obiettivo di cura: prestazioni rivolte a persone eleggibili per il setting assistenziale proposto. Il progetto riabilitativo individuale (PAI, PRI, PEI) deve prevedere obiettivi misurabili che possono essere raggiunti nei limiti dei 60 gg **prorogabili sulla base di una valutazione multidimensionale**, effettuata con strumenti omogenei su tutto il territorio regionale, che rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.

Capacità ricettiva e tipo di organizzazione: Organizzazione per moduli/nuclei al massimo di 30 posti o multipli di nucleo, con possibilità di assistere persone posti letto di RD2 (case-mix).

Durata della permanenza in struttura: La durata è di 60 giorni, **prorogabili a seguito di valutazione multidimensionale, da effettuarsi con strumenti adottati a livello regionale, che rilevi la persistenza del fabbisogno riabilitativo estensivo.**

Modalità di accesso: diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione), dal MMG, Pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona da effettuarsi con strumenti adottati a livello regionale.

	<i>anche mobili, anche in relazione alla casistica trattata)</i>	
--	--	--

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P.	REQUISITO	
32	E' presente un Responsabile di Struttura con titolo di studio, formazione specifica ed esperienza nel settore (almeno due anni).	EVIDENZA DOCUMENTALE TURNI DI SERVIZIO ORGANIGRAMMA FUNZIONIGRAMMA CONTRATTO/INCARICO CURRICULUM VITA
33	Esiste una équipe multidisciplinare che comprende in relazione alle attività previste e al progetto riabilitativo: - personale sanitario Medico e infermieristico - personale dell'area delle professioni sanitarie riabilitative con profili attinenti alla tipologia di utenza trattata - personale dell'area psicologica e/o pedagogica - personale addetto alla assistenza alla persona - personale area assistenza sociale.	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA FUNZIONIGRAMMA
34	Per ogni singolo assistito è redatto un Progetto Riabilitativo dall'équipe multidisciplinare, comprendente uno o più programmi terapeutici con monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità	EVIDENZA DOCUMENTALE
35	È garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da	EVIDENZA DOCUMENTALE

	permettere il controllo continuo delle attività della struttura	
36	È garantita l'informazione agli assistiti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo	EVIDENZA DOCUMENTALE REGISTRAZIONE NELLA CARTELLA SANITARIA
37	È garantito l'accesso del familiare alla struttura	EVIDENZA DOCUMENTALE
38	È garantito uno specifico addestramento prima del rientro della persona assistita al proprio ambiente di vita	EVIDENZA DOCUMENTALE REGISTRAZIONE NELLA CARTELLA SANITARIA
39	Presenza Medico per 10 minuti pro die/pro capite	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA ELENCO DEL PERSONALE TURNI DI SERVIZIO
40	Presenza Infermiere 40 minuti pro die/pro capite	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA ELENCO DEL PERSONALE TURNI DI SERVIZIO
41	Presenza Operatore Socio Sanitario 110 minuti pro die/pro capite	EVIDENZA DOCUMENTALE ORGANIGRAMMA ELENCO DEL PERSONALE TURNI DI SERVIZIO
42	Presenza Professionisti della riabilitazione e delle attività psico-educative e sociali assicurando mediamente nei giorni feriali, 1 ora giornaliera di attività riabilitativa (terapia individuale o di gruppo, nursing riabilitativo, addestramento all'uso di ausili, formazione dei familiari etc.)	EVIDENZA DOCUMENTALE TURNI DI SERVIZIO



GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 4 DEL 05/01/2024

ADUNANZA N. 214

LEGISLATURA XI

PROT. N. 5

TIPO D'ATTO: DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSESSORE PROPONENTE: FILIPPO SALTAMARTINI

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO SALUTE

OGGETTO: Approvazione dello schema di accordo-quadro tra la Regione Marche e le strutture sanitarie private accreditate firmatarie degli accordi ARIS di cui alle DGR 1668/2019 e 1596/2021 per gli anni 2022-2023

Il giorno 05 gennaio 2024, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, convocata d'urgenza.

Sono presenti:

- Francesco Acquaroli	Presidente
- Filippo Saltamartini	Vicepresidente
- Stefano Aguzzi	Assessore
- Francesco Baldelli	Assessore
- Chiara Biondi	Assessore
- Goffredo Brandoni	Assessore

È assente:

- Andrea Maria Antonini	Assessore
-------------------------	-----------

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Francesco Acquaroli.

Assiste alla seduta il sostituto del Segretario della Giunta regionale, Nadia Giuliani.

Riferisce in qualità di relatore il Vicepresidente Filippo Saltamartini.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

Tabella 5: Tariffe strutture riabilitative residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali

Cod Descrizione

Tariffa

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA (Rif. DGR n. 709/2014)

75 Unità di Risveglio URI-UGCA	470,00
75 Riab.ne Intensiva Cranio-mielolesi	470,00
56 Riab.ne Sistema Nervoso	312,68
56 Riab.ne Sistema Ortopedico	246,89

RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA

Unità di Risveglio URI-UGCA (RD1-USR)	470,00
Unità minorati plurisensoriali (RD1-USR)	292,94
Unità Speciale Intensiva Pediatrica (RD1-USR)	292,94
Unità SUAP Stati Vegetativi e UGIR (RD1-USR)	292,94
Riabilitazione Intensiva (RD1)	271,39
Riabilitazione Estensiva (RD2)	167,06
RSA - Accoglienza Disabili (RD3)	120,57

RIABILITAZIONE SEMIRESIDENZIALI E AMBULATORIALE

Semiresidenziale Medio Livello	91,42	
Semiresidenziale Alto Livello	118,50	
Semiresidenziale Unità Plurisensoriali	137,34	
<i>di cui età evolutiva</i>	145,58	
Ambulatoriale (Rif. DGR n. 5/2015)	51,60	(*)
<i>di cui età evolutiva</i>	54,70	(*)
Ambulatoriale di Gruppo (Rif. DGR n. 5/2015)	19,20	
<i>di cui età evolutiva</i>	20,40	
Extramurale (Rif. DGR n. 5/2015)	51,60	
<i>di cui età evolutiva</i>	54,70	
Domiciliare (Rif. DGR n. 5/2015)	66,40	
<i>di cui età evolutiva</i>	70,40	

(*) in presenza e in Teleriabilitazione