

non attivati e di quelli per cui è stato già previsto il finanziamento regionale all'interno delle risorse di cui all'art. 20, legge n. 67/88, nonché di quelli privati già autorizzati dalle aziende sanitarie locali, che nel termine di trenta giorni previsto dall'allegato documento di programmazione presentino la prescritta istanza di accreditamento. Detto termine di trenta giorni è da intendersi perentorio ed il suo infruttuoso decorso, al pari dell'eventuale rigetto dell'istanza, comporta la decadenza dell'autorizzazione.

In caso di istanze eccedenti il numero massimo programmato ed al fine di garantire una risposta esaustiva sul territorio provinciale, tutte le richieste saranno ricondotte al modulo minimo di 40 p.l., fermo restando quanto previsto al punto 2.7 dell'allegato.

Art. 3

Per la programmazione e realizzazione delle R.S.A., occorre acquisire il preventivo parere di coerenza alla programmazione sanitaria, ai sensi dell'art. 8/ter del decreto legislativo n. 502/92 e successive integrazioni e modifiche, così come stabilito dall'art. 1 del decreto n. 463/2003. La richiesta di parere di compatibilità alla programmazione sanitaria deve essere inviata all'Assessorato regionale della sanità - dipartimento Ispettorato regionale sanitario con raccomandata A/R esclusivamente da parte del comune nel cui territorio deve essere realizzata la struttura e va corredata dal progetto di massima, con una preventiva relazione tecnico-sanitaria a firma del responsabile del dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria o, in sua assenza, del direttore sanitario aziendale in cui, sulla scorta degli standard fissati nell'allegato 1, venga espresso motivato avviso sulla compatibilità della richiesta con il numero di p.l. in R.S.A. già esistenti o in corso di realizzazione, sia pubblici che privati, in rapporto al fabbisogno sanitario complessivo e a quello del distretto e/o dei distretti da servire e all'epidemiologia dello stesso territorio.

Nella stessa dovrà essere anche specificato se esistono già precedenti domande per la realizzazione di strutture similari anche se riscontrate precedentemente negativamente dall'Assessorato regionale della sanità. Soltanto dopo che sia stato rilasciato da parte dell'Assessorato regionale della sanità - dipartimento ispettorato regionale sanitario - il parere favorevole di compatibilità alla programmazione sanitaria, il comune potrà procedere nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del D.L. 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, nella legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni.

Al fine di permettere la corretta attuazione del programma di cui all'art. 1, i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali sono tenuti a fornire al dipartimento I.R.S. i dati riguardanti le R.S.A. pubbliche e private, aggiornati al 30 aprile 2007, entro e non oltre quindici giorni dalla richiesta ed utilizzando esclusivamente la modulistica che sarà fornita.

Art. 4

Le istanze pregresse per la realizzazione delle R.S.A. già inviate dalle strutture o dai comuni, se non riscontrate o riscontrate negativamente dalla Regione, per l'assenza dello strumento di programmazione, qualora il legale rappresentante sia ancora interessato alla richiesta e sempre nel limite della disponibilità di p.l. di cui all'art. 2, devono essere ripresentate entro 30 giorni dalla

pubblicazione del presente decreto. Trascorso tale termine, le pregresse istanze saranno considerate nulle.

Art. 5

In caso di richieste eccedenti il numero di p.l. disponibili, sono stabiliti i seguenti criteri prioritari di valutazione:

- a) provvedimento giurisdizionale esecutivo;
- b) strutture R.S.A. pubbliche;
- c) ricorsi giurisdizionali pendenti alla data del presente decreto;
- d) istanze che precedono temporalmente.

Art. 6

L'attivazione dei nuovi posti letto è subordinata alla preventiva autorizzazione finanziaria rilasciata dal dipartimento A.S.O. per la copertura dei maggiori oneri.

Art. 7

Il presente decreto sarà inviato alla ragioneria centrale dell'Assessorato della sanità per la registrazione e successivamente alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione in parte I.

Palermo, 20 giugno 2007.

LAGALLA

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della sanità in data 16 luglio 2007, al n. 155.

Allegato 1

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE REGIONALE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI R.S.A.

1 - La Giunta di governo ha approvato nelle sedute del 21 febbraio 2007 e del 5 aprile 2007, rispettivamente con le delibere di Giunta n. 23 del 21 febbraio 2007 e successiva n. 126 del 5 aprile 2007, il documento di programmazione che costituiva l'allegato A della precitata D.G.G. n. 23/07.

1.1 - Premessa

1.1.1 - Con decreto presidenziale del 25 ottobre 1999, sono stati approvati gli standards strutturali delle residenze sanitarie assistite, prevedendo nella fattispecie una capacità ricettiva non inferiore a 20 posti letto e non superiore a 120 posti letto, articolate in moduli di 20 p.l.

Detti standards sono stati ripresi, costituendo parte integrante della specifica sezione del decreto n. 890/2002 e successive integrazioni e modifiche.

1.1.2 - Successivamente con il decreto n. 1545 del luglio 2002 si sono ridefinite le tariffe in funzione dei moduli e dei p.l. attivati, e si è operata una prima programmazione al di fuori di un reale quadro di programmazione tecnico-sanitaria regionale.

Per questo motivo, si è posta la necessità di dover riesaminare la problematica relativa alla programmazione dei posti letto R.S.A. anziani e disabili, dopo l'emanazione del provvedimento di riordino della rete ospedaliera, con il decreto n. 463/2003 si sono revocati gli artt. 1 e 2 del citato decreto n. 1545/02, in quanto detta rete delle R.S.A. è, a tutti gli effetti, un complemento della rete ospedaliera completandola ed integrandola.

1.1.3 - Ferma restando la statuizione che le R.S.A. sono "strutture extraospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati o in forma mista, finalizzate a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone ultra 65enni non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che richiedono trattamenti continui, e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della legge n. 833/78".

Tale definizione, di fatto, esclude la possibilità di poter assistere tutti quei soggetti che, per effetto di sequele di fatti acuti (vascolari, traumatici, tossici, degenerativi), oppure il riacutizzarsi di patologie croniche, hanno bisogno di ricevere trattamenti terapeutici e/o riabilitativi di stabilizzazione e recupero che non sono pertinenti ed appropriati al regime di ricovero ordinario ospedaliero e che, per la complessità o per l'impegno familiare che comportano, non possono essere garantiti al domicilio dell'assistito.

Quindi, alla categoria precedentemente indicata devono aggiungersi i soggetti over 18 anni anche temporaneamente e totalmente non autosufficienti.

1.2 - Analisi del contesto

1.2.1 - In atto, le R.S.A. pubbliche e private esistenti sul territorio regionale con i relativi posti letto, attivati in regime convenzionale, sono quelle indicate nella tabella 1 seguente:

Tabella 1

Provincia	R.S.A. pubbliche	R.S.A. private conv.	Totale posti attivati	p.l. anziani	p.l. disabili
Agrigento	65	120	185	130	55
Caltanissetta	20	0	20		20
Catania	0	421	421	319	102
Enna	40	0	40	40	
Messina	42	120	162	142	20
Palermo	60	0	60	40	20
Ragusa	105	0	105	105	
Siracusa	0	0	0		
Trapani	40	60	100	80	20
Totale	372	721	1.093	856	217

Fonte: R.S.A. dati rilevati Dip. IRS anno 2005.

Nell'allegato 1 bis sono rappresentati detti posti di R.S.A. in modo disaggregato.

1.2.2 - Il quadro di riferimento nazionale, come si evince dall'allegata tabella 1 ter, elaborata dal CENSIS/ASSR che ha partecipato insieme alla Sicilia e alle regioni al progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del decreto legislativo n. 502/92 "La condizione dell'anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive", indica una situazione diversa:

Tabella 2

Posti letto R.S.A. pubbliche n. 265
Posti letto R.S.A. private n. 561
Totale posti letto n. 826

Fonte: Elaborazione CENSIS su dati ASSR Sicilia anno 2004.

I dati sono molto difforni e in parte ciò è imputabile anche alla diversa qualificazione funzionale, attribuita dalle singole Regioni alle R.S.A..

2 - Determinazione del fabbisogno di posti letto per R.S.A.

2.1 - Orbene si ritiene che il parametro corretto da applicare sia quello di 4 p.l. per ogni 1.000 abitanti > 69, analogamente a quanto operato dalle Regioni del Centro nord che in materia sono di riferimento.

Poiché all'1 gennaio 2006 la popolazione siciliana > 69 anni era di 640.000 abitanti, applicando detto parametro si ha il seguente scenario:

$4 \text{ p.l.} \times 640.000/1.000 \text{ abitanti} = 2.560 \text{ p.l.}$

2.2 - Inoltre, si sta contestualmente attivando l'assistenza domiciliare su tutto il territorio della Regione e, pertanto, lo scenario più equilibrato è quello di riprogrammare le R.S.A. su moduli minimi di 40 p.l. con uno standard ottimale di 60-80 p.l. e massimo di 120 p.l.

2.3 - Di norma i p.l. di R.S.A. riservati al pubblico sono pari al 50% di quelli assegnati alla singola provincia, compatibilmente con la situazione esistente sul territorio e tenendo conto della ri-

modulazione della rete ospedaliera e prioritariamente degli atti di programmazione pubblica già assunti.

2.4 - La rete delle R.S.A. siffatta deve essere integrata dalla rete dei servizi residenziali e semi-residenziali socio-sanitari.

2.5 - Fermo restando che il modello ordinario di assistenza per R.S.A. è determinato in moduli di 40 posti letto, i moduli da 20 posti letto, già in attività o programmati o finanziati ex art. 20 legge n. 67/88, vengono riqualificati per R.S.A. a medio/bassa assistenza e di norma devono, entro 24 mesi, essere adeguati allo standard di cui sopra. Qualora ciò non sia possibile, resteranno in attività con la qualificazione di R.S.A. a medio/bassa assistenza. In comuni di piccole dimensioni inferiori a 30.000 abitanti e per specifiche e documentate esigenze territoriali, possono essere autorizzate R.S.A. a medio/bassa assistenza con moduli da 20 p.l. a condizione che il numero complessivo di p.l. destinati a detti moduli (tra esistenti e di nuova istituzione) non superi, in tutto il territorio regionale, la percentuale complessiva del 5% delle degenze destinate a R.S.A., fermo restando il possesso dei criteri di accreditamento e di tutti gli standards e requisiti richiesti dalla normativa.

2.6 - Ciò permetterebbe, come indicato meglio in seguito, di garantire in modo ottimale la continuità terapeutica, previo accordo con l'Assessorato della famiglia, con le IPAB, con le case alloggio e con le case-famiglia esistenti, in quanto se è pur vero che il Governo sta facendo i massimi sforzi per sostenere l'assistenza all'interno del nucleo familiare, pur tuttavia non si può disconoscere che il fabbisogno di assistenza familiare e sociale viene in modo inappropriato assicurato dagli ospedali (indice di ospedalizzazione 2003: 222%, 2004: 263% contro il 160x1.000 previsto dalla normativa nazionale).

2.7 - R.S.A. in attività libero-professionale.

Fermo restando i requisiti tecnico-strutturali previsti dal decreto n. 890/2002 e successive modifiche ed integrazioni, in caso di istanze eccedenti la disponibilità dei p.l. programmati a livello provinciale possono essere realizzate R.S.A. in attività libero-professionale con uno standard superiore del 2%.

3 - Considerazione socio-demografica

3.1 - La nostra Regione continua ad avere un saldo alla nascita positivo. Nati nel 2005, n. 50.791, tasso di natalità = 10,1‰, contro morti nel 2005, n. 46.904, con tasso di mortalità 9,3‰. Età media anni 39,9, rispetto alla popolazione nazionale anni 42,3.

I > 65 costituiscono il 17,7% della popolazione regionale e con n. 887.000 anziani, circa 1/5 dell'intera popolazione della regione, ma questi dati generali se riferiti ad alcune province quali Enna o Messina o ad alcuni comuni dell'interno ci pongono di fronte ad un dato simile a quello delle regioni più vecchie, quali Umbria e/o Liguria.

L'allungamento della vita media nell'ultimo decennio ha fatto sì che nell'uomo la speranza di vita sia passata da anni 75,3 a 78,5 e nelle donne da anni 78,5 a 83,2. A proposito dell'allungamento della vita, basti pensare che nell'ultimo decennio la speranza di vita si è allungata di ben 3,2 anni nell'uomo e 5 anni nella donna ma ciò ha comportato un contestuale aumento delle cronicità e delle condizioni invalidanti e/o degenerative.

Notevole influenza ha certamente, sulla qualità della salute, il dato economico. Al riguardo, purtroppo, le notazioni sono negative, infatti la Sicilia è la 4ª regione italiana per numero complessivo di abitanti e l'8ª regione per P.I.L. prodotto, questo dato rapportato alla popolazione, n. 5.018.000 abitanti, pone la Sicilia al 117° = 4° ultimo posto tra le regioni italiane per P.I.L./ab. Infatti, (riferito al 2003) contro il valore medio italiano del P.I.L. procapite di 20.155. Le nostre 9 province si collocano tra le ultime 25 con gli estremi di Siracusa 15.114 e di AG 11.963. Questi dati confermano quelli precedentemente elaborati che indicavano nella Sicilia la regione a maggior povertà relativa (30,8) seguita da Campania, Basilicata, Molise, Sardegna e Abruzzo.

Né può sottacersi come le condizioni economiche svolgano un ruolo determinante nella qualità della vita e nella possibilità di curarsi delle nostre famiglie.

	<i>La famiglia</i>	
Italia		Sicilia
21.770.664		1.839.736
	<i>Composizione individui</i>	
2,6		2,8
	<i>Capacità di spesa</i>	
€ 2.088,00		€ 1.582,17
	<i>Per attività sociale</i>	
€ 88,85		€ 63,26

	<i>Per il tempo libero</i>	
€ 105,83		€ 68,10
	<i>Sicilia povera</i>	
Relativamente 435.000		Assolutamente 175.000

Quindi 1/3 delle famiglie siciliane è al di sotto della soglia di povertà, ben al di sopra dell'11% della media nazionale. L'analisi delle difficoltà delle famiglie dimostra che queste si ribaltano sempre sulle spese di affitto, cibo, cure mediche, assistenza.

Ben si comprende come gli effetti della spesa out of pocket in queste condizioni limite giochino un ruolo spesso devastante nel bilancio familiare già precario.

Aggiungasi infine che la riduzione della mortalità peri-natale, per malattie gravi, per incidenti, comporta sempre più frequentemente la possibilità di sopravvivere senza che ciò si accompagni ad un restituito ad integrum ma molto spesso a cronicità e disabilità o a stati vegetativi.

3.2 - Questi elementi finora esposti, anche se sommariamente, probabilmente sono quelli che supportano l'elevato tasso di ospedalizzazione della nostra regione correlato all'insufficienza delle R.S.A. pubbliche e private e della rete dell'ADI.

Tasso di ospedalizzazione anno 2004.
Tasso di ospedalizzazione regionale 266,56%

Fascia età ospedalizzazione	Tasso
0-14	221,25
15-24	138,27
25-44	189,63
45-64	272,07
65-74	453,06
Oltre 74	588,87

3.3 - Quindi la sopravvivenza si ricollega al problema della qualità della vita, della dignità, della sofferenza e degli interventi che la società nel suo complesso deve garantire, non essendo possibile in queste situazioni, pone un confine distinto tra sociale e/o sanitario.

4 - Nuova programmazione

4.1 - In considerazione di quanto illustrato finora, in applicazione degli accordi Stato-Regioni, volti a riordinare le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, patologie psichiatriche e tossicodipendenze, secondo i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di cui all'allegato C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Livelli essenziali di assistenza sanitaria", collegando le disposizioni dello stesso con quelle del decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 308, recante il regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'auto-organizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328 e valutata inoltre la necessità di adeguare i profili assistenziali delle strutture residenziali extra-ospedaliere anche agli indirizzi attualmente in discussione in sede nazionale nell'ambito del progetto "Mattoni del servizio sanitario" come regolati dalla Conferenza Stato-Regioni del dicembre 2002, si prospetta quindi la necessità di dover procedere ad una nuova programmazione del settore.

5 - Definizione

5.1 - A riguardo, il richiamato D.P.C.M. 14 febbraio 2001, all'art. 3, commi 1, 2, 3 stabilisce le definizioni delle "Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3 septies decreto legislativo n. 502/92 e successive integrazioni e modifiche".

5.2 - Dette definizioni al fine di sgombrare residui dubbi sulla interpretazione, si trascrivono testualmente:

"1. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali; alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/longa e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o

nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali (ad es.: rete consultoriale, centri ambulatoriali di salute mentale, A.D.I., cure palliative, interventi per l'integrazione scolastica e lavorativa del soggetto disabile, etc.).

2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni; sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini; stabilita dai comuni stessi... (ad es.: centri diurni per minori; inabili; anziani; comunità alloggio per minori, inabili, anziani, case di riposo, case di accoglienza per gestanti e ragazze madri, etc.).

3. Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attingono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani; handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative... Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario..." (ad es.: hospice, R.S.A., CTA, prestazioni ex art. 26, legge n. 833/78, comunità terapeutiche per tossicodipendenti, etc.).

5.3 - Conseguentemente, si propone una nuova e più articolata disciplina del settore che è orientata a garantire, nel rispetto degli atti di programmazione già emanati, una reale continuità ed integrazione assistenziale; basata sulla diversificazione dell'offerta, identificando le diverse tipologie residenziali in relazione alle categorie di bisogno, specificandole e per queste definendone le caratteristiche organizzative, in quanto richiedono impegni sanitari diversi e crescenti. Inoltre ciò comporta dover diversificare l'offerta in termini temporali, con disponibilità ad accogliere situazioni momentanee o acute anche in una frazione specificamente individuata della disponibilità residenziale, fermo restando che l'attività delle R.S.A. è rivolta prevalentemente a persone ultra 65enni non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che richiedono trattamenti continui, e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della legge n. 833/78". A questa categoria devono aggiungersi i soggetti over 18 anni anche temporaneamente e totalmente non autosufficienti.

6 - Le nuove tipologie assistenziali

6.1 - In particolare, la residenzialità e semi-residenzialità a favore di anziani, disabili, patologie psichiatriche e tossicodipendenze può essere raggruppata nelle seguenti ampie categorie:

A. strutture sanitarie di cura e recupero: con caratterizzazione elettivamente sanitaria anche se svolgono attività funzionali al reinserimento sociale (domicilio o altro). Le prestazioni erogate sono di carattere diagnostico, terapeutico e di recupero funzionale tipiche della fase di cura delle polipatologie, della riabilitazione intensiva e della stabilizzazione clinica. I tempi di ricovero sono fissati nel programma terapeutico. La tariffa, a completo carico del servizio sanitario, è modulata in base al programma terapeutico, ai tempi di assistenza e alle figure professionali. Sono incluse tra queste strutture le unità di cure intermedie (che possono essere anche intra-ospedaliere), le comunità terapeutiche psichiatriche e le strutture psichiatriche post-acute, strutture residenziali diurne di riabilitazione (ex art. 26, legge n. 833/78), gli hospice, le strutture di riabilitazione per anziani per la funzione di recupero post-acute. Comunità di recupero per disassuefazione da dipendenza). I tempi assistenziali sono ricompresi tra 240 e 160 minuti quotidiani.

Trattasi di prestazioni garantite da P.P.OO. o da strutture ex art. 26 e, quindi, citate solo per memoria;

B. strutture sanitario-assistenziali: con caratterizzazione socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, disciplinate dall'art. 3 septies, comma 4, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", erogano prestazioni di media intensità di cura e recupero di esiti di co-morbilità o polipatologie o pluridisabilità.

Le prestazioni erogate ricomprendono la fase estensiva di riabilitazione, ovvero riabilitazione di lunga durata per impedire il deterioramento e la perdita di autonomia (linee guida sulla riabilitazione del Ministero della salute). Tali strutture che, nel prosieguo saranno definite come "R.S.A. a media/alta assistenza", svolgono anche funzione di mantenimento finalizzata al contenimento del decadimento. Strutture tipiche della fase di mantenimento sono le R.S.A. per anziani, per le persone totalmente non autosufficienti con pro-

blemi di riacutizzazione, anche maggiori di 18 anni e/o temporaneamente totalmente non autosufficienti.

Pertanto dette strutture non sono in alcun modo riconducibili alle strutture ex art. 26, legge n. 833/78 e legge regionale n. 16/86 e successive modifiche ed integrazioni; né possono conseguentemente applicarsi alle strutture di cui al punto B e C (R.S.A. a media intensità e R.S.A. a bassa intensità) le modalità tariffarie previste per le citate strutture ex art. 26, legge n. 833/78 e legge regionale n. 16/86 e successive modifiche ed integrazioni.

Remunerazioni

La tariffa ad esclusivo carico del SSR è pari ad € 117,00 per ogni giorno di effettiva presenza del degente avente diritto ai sensi del D.P.Reg. 25 ottobre 1999 comprendente di tutti gli oneri conseguenti alla residenzialità.

L'assistenza fornita può essere anche prolungata nel tempo, con una diversificazione della tariffa su base temporale, con una riduzione tariffaria del 25% dal 61° giorno di degenza al 90°. Oltre tale giorno la tariffa fino al 120° giorno è ridotta del 50%. In ogni caso, durante il ricovero nelle strutture di cui al presente comma, trattandosi di riabilitazione estensiva, la tariffa è a totale carico del servizio sanitario ed il cittadino non deve corrispondere alcuna quota di compartecipazione.

I tempi assistenziali sono ricompresi tra 180 e 120 minuti quotidiani per singolo soggetto.

La retta si rivaluta annualmente in corrispondenza all'incremento ISTAT e degli adeguamenti del CCNL di settore.

Analogamente a quanto già previsto per strutture e presidi sanitari che operano in regime di ricovero ordinario o a ciclo continuativo, il corrispettivo economico deve essere liquidato solo a fronte delle prestazioni effettivamente rese.

Vedasi al riguardo l'allegata tabella A sulle tipologie delle prestazioni;

C. strutture protette socio-sanitarie, con caratterizzazione sociale a rilievo sanitario, di cui all'art. 3 septies, lett. B), comma 2, del decreto legislativo n. 229/99, e all'art. 7 del decreto 21 maggio 2001, n. 308, emanato in base alla legge n. 328/2000. La loro caratterizzazione è quella di erogare prestazioni a medio/bassa intensità, tipiche della lungo assistenza per patologie cronizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare e aiuto alla persona. Dette strutture, che nel prosieguo saranno denominate a "R.S.A. a media/bassa assistenza"; sono considerate anche strutture sostitutive delle cure familiari, possono quindi fornire assistenza di norma per un periodo di 180 giorni eventuale proroga dovrà essere ampiamente documentata dal programma terapeutico redatto dall'U.V.G. o U.V.M. e, sempre che venga documentata l'impossibilità della restituzione del paziente all'ambiente domestico e, che non esistano nel distretto strutture a caratterizzazione socio-alberghiera. La composizione del personale è in rapporto alla tipologia di utenza.

Dette strutture protette, qualora ospitano persone che si sono aggravate nel tempo, con adeguato progetto di assistenza (presenza di personale sanitario/riabilitativo) possono eccezionalmente rispondere anche ad una funzione di mantenimento come svolta nelle R.S.A.. I tempi assistenziali sono ricompresi tra 119 e 60 minuti quotidiani.

Remunerazioni

La retta si rivaluta annualmente in corrispondenza all'incremento ISTAT e degli adeguamenti del CCNL di settore.

Analogamente a quanto già previsto per strutture e presidi sanitari che operano in regime di ricovero ordinario o a ciclo continuativo il corrispettivo economico deve essere liquidato solo a fronte delle prestazioni effettivamente rese.

Nelle strutture che rientrano in queste categorie R.S.A. a medio/bassa assistenza, la retta da corrispondere alla R.S.A. per ogni giorno di effettiva presenza del degente comprende una quota a carico del fondo sanitario regionale e una quota a carico dell'utente e/o del comune di residenza. Per ogni giorno di effettiva presenza del degente avente diritto ai sensi del D.P.Reg. 25 ottobre 1999, comprendente di tutti gli oneri conseguenti alla residenzialità, la tariffa è stabilita in € 70,00 quale retta unica per tutte le tipologie di strutture.

Ove ricorrano le condizioni di cui all'art. 5 del decreto n. 867 del 2003, l'utente od i suoi familiari partecipano al costo del servizio, nei limiti di quanto previsto dall'art. 3, comma 2, del decreto legislativo n. 130 del 2000, così come recepito dall'art. 7 del decreto n. 867 del 2003, lett. a, b, c, d, e come previsto dall'art. 25 della legge n. 328 del 2000.

La retta complessiva viene corrisposta interamente alla R.S.A. ad opera dell'azienda sanitaria locale competente, che, per il recupero della quota alberghiera, a carico dell'assistito o del comune, dovrà procedere nei confronti di quest'ultimo, a cui compete l'one-

re della rivalsa nei confronti dell'utente o dei suoi familiari, nei limiti di quanto previsto dall'art. 3, comma 2, del decreto legislativo n. 130 del 2000, così come recepito dall'art. 7 del decreto n. 867 del 2003, lett. a, b, c, d, e come previsto dall'art. 25 della legge n. 328 del 2000.

Pertanto, dette strutture non sono in alcun modo riconducibili alle strutture ex art. 26 della legge n. 833/78 e della legge regionale n. 16/86 e successive modifiche ed integrazioni; né possono conseguentemente applicarsi alle strutture di cui al punto B e C (R.S.A. a media/alta assistenza e R.S.A. a media/bassa assistenza) le modalità tariffarie previste per le citate strutture ex art. 26 della legge n. 833/78 e della legge regionale n. 16/86 e successive modifiche ed integrazioni.

Vedasi al riguardo l'allegata tabella B sulle tipologie delle prestazioni;

D. strutture di accoglienza: sono strutture a caratterizzazione sociale-alberghiera, finalizzate a fornire una residenza a piccoli gruppi, senza particolari forme di protezione assistenziale e con assistenza sanitaria simile a quella erogata al domicilio, attraverso i medici di medicina generale. Eventuali interventi di tipo infermieristico-domiciliare sono erogati dal distretto sanitario. Il distretto sociale può provvedere ad eventuali forme di sostegno per il governo della casa.

Trattasi, quindi, di strutture che rientrano pienamente ed esclusivamente nelle competenze dell'Assessorato della famiglia, e qui citate solo per completezza del quadro espositivo e per memoria.

6.2 - Nel seguito conseguentemente vengono approfondite esclusivamente le tematiche relative alle strutture "R.S.A. a medio/alta assistenza" e "R.S.A. a medio/bassa assistenza" per il loro rilievo in seno alla presente programmazione.

6.3 - Rispetto al numero complessivo di posti letto previsti dalla presente programmazione, si specifica che 1/3 degli stessi afferisce alla tipologia R.S.A. a medio/alta assistenza e 2/3 alla tipologia R.S.A. a medio/bassa assistenza.

Lo stesso paziente non può essere ricoverato nella medesima struttura o in altra struttura della stessa tipologia prima di 60 giorni dalla dimissione.

Resta salva la possibilità di ripetizione del ricovero anche dopo un periodo inferiore ai 60 giorni, purché il nuovo accesso avvenga per causa diversa dalle comorbidità che hanno causato il 1° ricovero e previa valutazione dell'U.V.G..

6.4 - Modalità di ingresso nella struttura.

6.4.1 - Ai fini dell'accesso dell'utente in R.S.A., la valutazione del bisogno assistenziale da assicurare e della tipologia di struttura a cui avviare il paziente verrà effettuata a cura dell'U.V.G. o U.V.M. che redige il piano assistenziale individuale per il ricovero in R.S.A. e contestualmente ne stabilisce la durata ed effettua le verifiche successive.

6.4.2 - Nel caso che il soggetto venga avviato alla tipologia di R.S.A. a medio/bassa assistenza, il servizio sociale del comune accoglie la dichiarazione dell'assistito e rimane competente per l'accertamento della posizione reddituale dell'utente, essenziale per l'eventuale azione di rivalsa nei suoi confronti.

L'azienda unità sanitaria locale dovrà farsi carico:

- di corrispondere la retta per intero alla struttura residenziale;
- di comunicare al comune di residenza l'avvenuto ricovero in R.S.A., con conseguente onere a carico dell'ente locale per la quota alberghiera.

Il comune di residenza dell'utente dovrà farsi carico:

- di accogliere la dichiarazione dell'assistito e farsi carico dell'istruttoria per l'accertamento della posizione reddituale per l'eventuale azione di rivalsa nei confronti dell'assistito;
- di corrispondere la quota alberghiera della retta di ricovero in R.S.A. dell'assistito alla competente azienda sanitaria locale;
- nel caso in cui l'ospite non sia in grado di far fronte alla quota di diaria a suo carico, di rivalersi nei confronti dei familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile, secondo la loro capacità contributiva, nei limiti previsti dall'art. 3, comma 2, del decreto legislativo n. 130 del 2000, così come recepito dal decreto 15 aprile 2003, n. 867, art. 7, lett. a, b, c, d, e come previsto dall'art. 25 della legge n. 328 del 2000.

6.5 - Accesso alla struttura in condizioni di necessità e urgenza.

6.5.1 - In presenza delle situazioni di necessità e urgenza, previste dal D.P.R.S. 25 ottobre 1999, il ricovero in R.S.A. non è condizionato alla procedura di cui sopra, che verrà azionata entro i primi 30 giorni di ricovero.

Per consentire una ottimizzazione delle procedure e dei tempi di ricovero il paziente in fase di deospedalizzazione potrà essere accolto in R.S.A. anche a seguito di dichiarazione sottoscritta dal medico responsabile della divisione ospedaliera.

6.5.2 - Nel caso di paziente in corso di deospedalizzazione, il medico responsabile della divisione ospedaliera contatta, prima telefonicamente e poi comunica via fax, sia alla direzione sanitaria della R.S.A. che al responsabile distrettuale della U.V.G. o dell'U.V.M., se attivata, la proposta di ricovero con la relativa diagnosi e la terapia da praticare. Il responsabile dell'U.V.M., verificata la possibilità della R.S.A. di ricevere e trattare adeguatamente il paziente, definisce il piano sanitario personalizzato e stabilisce, di concerto con la divisione ospedaliera che dimette, quali sono i controlli e le consulenze che dovranno essere garantite dall'ospedale.

6.5.3 - Al fine di semplificare le procedure di accesso alle R.S.A., dovranno essere stabiliti specifici protocolli che prevedano un più stretto raccordo con le strutture ospedaliere e le R.S.A. In caso di ricovero non programmato dalla U.V.G. o U.V.M., la stessa, entro il tempo massimo di 4 giorni, dovrà procedere alla valutazione del paziente.

6.5.4 - In caso di inapproprietezza del ricovero, valutato tale dalla competente U.V.G., si applica una decurtazione pari al 10% della tariffa; nel caso in cui la valutazione dell'U.V.G. avvenga oltre i 4 giorni per cause che dovranno comunque essere accertate e se non motivate, sanzionate dall'azienda unità sanitaria locale di competenza, la decurtazione di cui sopra riguarderà soltanto le giornate relative al ritardo registrato oltre i 4 giorni; le funzioni di coordinamento e controllo delle R.S.A. pubbliche e private sono affidate ai servizi dipartimentali annessi delle aziende unità sanitarie locali, ove presenti, e, in caso di assenza, al dipartimento cure primarie.

6.5.5 - La U.V.G. o U.V.M., nel caso di convalida della idoneità del ricovero, provvede a definire il piano assistenziale personalizzato. In questa fase la U.V.G. o la U.V.M. acquisirà anche la sottoscrizione all'impegno di pagamento della compartecipazione secondo le modalità previste, in collaborazione con i servizi comunali, qualora trattasi di ricovero in struttura a medio/bassa assistenza.

6.5.6 - La U.V.G. o U.V.M. vaglierà attraverso periodiche verifiche l'opportunità di prorogare la prosecuzione del trattamento per tutto il periodo necessario al raggiungimento di un sufficiente stato di riabilitazione, nella consapevolezza che si tratti di una soluzione temporanea ma che solo sulla base dell'andamento soggettivo della risposta alla cura si può programmare il periodo di ricovero in R.S.A.

6.6 - Personale

6.6.1 - Al personale, che opererà presso le R.S.A. che avranno rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, deve essere applicato il contratto collettivo nazionale vigente di categoria e, per le categorie non previste e non ricomprese all'interno di detti contratti, deve essere accesa regolare posizione contributiva INPS.

6.6.2 - In atto si applicheranno le dotazioni organiche previste con il decreto 7 agosto 2002 fino a revisione normativa degli stessi da effettuarsi entro 180 giorni, previo parere della VI Commissione.

7 - Norme transitorie

7.1 - Fino a quando non saranno stabilite le dotazioni organiche per le R.S.A. ad elevata assistenza, per tutte le R.S.A. anche se già in attività si applicano le tariffe stabilite per le R.S.A. a medio/bassa assistenza. Detta tariffa si riduce del 30% dopo il 180° giorno di ricovero.

8 - Farmaci

8.1 - Ai sensi dell'art. 8, lett. b, della legge n. 405/2001, la modalità di approvvigionamento dei farmaci per le R.S.A. è quella esistente per l'ospedalità pubblica e privata, pertanto sarà necessaria la figura professionale di un farmacista nelle strutture superiori a 60 posti letto.

8.2 - Per le R.S.A. in regime di convenzione si ricorda che la tariffa è onnicomprensiva e, quindi, inclusiva anche dei farmaci e dei presidi e sussidi sanitari occorrenti ad una corretta gestione del paziente.

8.3 - Nel piano di assistenza individuale dovrà essere specificata la terapia farmacologica e i presidi e sussidi sanitari occorrenti.

I presidi e sussidi sanitari saranno acquisiti dalla R.S.A. direttamente dal servizio farmaceutico dell'azienda unità sanitaria locale senza oneri a carico delle R.S.A.

I farmaci restano a carico della R.S.A. che potrà acquisirli dall'azienda unità sanitaria locale previo rimborso anche mediante compensazione.

8.4 - Nel caso in cui detti farmaci e presidi e sussidi siano forniti dall'azienda sanitaria locale, i relativi costi aumentati del 10%

saranno trattenuti dalle aziende sanitarie locali nella liquidazione delle rette.

9 - Direzione sanitaria

9.1 - Nelle strutture fino a 60 p.l., la funzione del direttore sanitario è svolta dallo specialista geriatra. Nelle strutture di maggiore complessità >60 p.l., la direzione sanitaria deve essere affidata ad un medico a tempo pieno con specializzazione di indirizzo igienico-organizzativo o in geriatria o fisioterapia.

10 - R.S.A. già autorizzate dalle Aziende unità sanitarie locali

10.1 - In applicazione all'art. 8 ter del decreto legislativo n. 229/99 ed in deroga all'art. 5 del decreto n. 890/2002 e dell'art. 1 del decreto n. 463/2003, le strutture socio-sanitarie R.S.A. autorizzate dalle aziende sanitarie locali acquisiranno lo stato di soggetto preaccreditato e dovranno presentare obbligatoriamente istanza di accreditamento entro trenta giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

10.2 - L'applicazione della predetta procedura è subordinata alla preventiva verifica della compatibilità con la programmazione regionale relativa all'attribuzione dei p.l. per R.S.A. a livello provinciale e al possesso dei criteri di accreditamento e di tutti gli standard e requisiti richiesti dalla materia.

11 - Programmazione economica

11.1 - In atto, come già precedentemente esposto, sono in esercizio n. 1.093 posti per R.S.A.. A scopo esemplificativo, nell'ipotesi dello scenario di 4 p.l. x 1.000 abitanti over 69 (n. 2.560 p.l. per R.S.A.), tenuto conto che si è prospettato che 1/3 dei p.l. (855) delle strutture delle R.S.A. sia destinato ad attività a medio/alta assistenza ed occupati per 365 giorni/anno e rispettando il turn over di un nuovo ricovero ogni 60 giorni, e quindi il peggiore scenario possibile che non fa scattare gli abbattimenti tariffari, si avrebbe un costo finale annuo a regime di € 36.512.775. I restanti posti letto di R.S.A. (1.705) per attività a medio/bassa assistenza comportano un costo reale giornaliero di € 50 (in quanto 20 € circa resterebbero a carico dell'assistito). Anche in questo caso, qualora tutti i p.l. siano occupati per 365 giorni/anno rispettando il turn over di 60 giorni che non farebbe scattare gli abbattimenti tariffari, si avrebbe un costo finale annuo a regime di € 31.116.250, quindi, a regime comporterebbero una spesa complessiva di € 67.629.025.

11.2 - Poiché, come già detto, sono in esercizio n. 1.093 posti per R.S.A., è presumibile che l'attivazione degli ulteriori p.l. avvenga gradualmente nel tempo, conseguentemente il carico economico sarà di tipo incrementale e quindi soltanto nel caso della piena realizzazione del programma si raggiungerà il costo complessivo stimato.

Detta previsione economica, che si realizzerà, quindi, soltanto quando tutti i posti letto programmati saranno attivati e funzionanti, trova capienza all'interno del macro-aggregato "assistenza distrettuale" sub-aggregato "assistenza residenziale e semi-residenziale".

11.3 - Ma, per effetto dell'attivazione della rete in questione, e della contestuale attivazione dell'A.D.I. si stima che l'indice di occupazione dei p.l. ospedalieri del 263 per mille possa essere ricondotto, entro il 31 dicembre 2009, al valore di 180 per mille, con conseguente drastica riduzione della spesa ospedaliera.

(2007.29.2142)102

ASSESSORATO DEL TURISMO, DELLE COMUNICAZIONI E DEI TRASPORTI

DECRETO 20 marzo 2007.

Revoca di progetti d'investimento relativi al I bando della misura 4.19a) del P.O.R. Sicilia 2000/2006.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE TURISMO, SPORT E SPETTACOLO

Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge regionale 23 dicembre 2000, n. 32,
art. 75;