

# La Regione Lombardia riorganizza il Sistema Socio-Sanitario e taglia i fondi per i bambini disabili

## DELIBERE REGIONALI

- ◆ Delibera Regionale n. 12620 del 07 aprile 2003 avente per oggetto "Definizione della nuova unità di offerta – Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità"
- ◆ Delibera Regionale n. 14039 dell'8 agosto 2003 "Primo provvedimento attuativo della d.g.r. 12620 07/04/03: Definizione del sistema Tariffario della Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili"
- ◆ Delibera Regionale n.14369 del 30 settembre 2003 riguardante "Linee di indirizzo per la definizione delle nuove unità di offerta dell'area socio sanitaria per persone disabili gravi"

L'associazione Genitori - La Nostra Famiglia , che opera da decenni a favore di soggetti disabili nei settori sociosanitario, istruzione e formazione con oltre 35 sedi in Italia, lancia l'allarme: il Piano sociosanitario lombardo taglia i fondi per i bambini disabili.

L'associazione ha denunciato, in particolare, due delibere approvate tra aprile e settembre. Secondo la delibera regionale 14369 del 30 settembre scorso, i bambini disabili in trattamento diurno, hanno diritto a ricevere cure riabilitative a carico del Servizio sanitario solo per un anno. Dopo tale periodo è previsto il passaggio al sistema dei servizi socio-assistenziali, le cui prestazioni sono a carico della famiglia per il 30% della spesa. L'associazione contesta la scelta della Regione, per la quale dopo soli 12 mesi, sarebbe possibile osservare, fare diagnosi, iniziare un trattamento riabilitativo e misurarne l'effetto. A quel punto il bambino dovrebbe passare ai centri diurni per i disabili e a un intervento di tipo riabilitativo se ne sostituirebbe uno di tipo assistenziale. L'associazione dei bambini ospitati nei centri della Nostra Famiglia temono che molti percorsi di riabilitazione avviati negli Istituti possano essere interrotti dopo un anno, sulla base di un giudizio "affrettato".

La conseguenza sarebbe il trasferimento dei bambini in strutture di tipo semiresidenziale a carattere semplicemente assistenziale e non riabilitativo. L'associazione critica anche il mancato riconoscimento della specificità dell'età evolutiva, nella delibera 12620 del 7 aprile 2003, il profilo dell'utente, anche se denominato "fino a 65 anni" è costruito sull'utente di 65 anni. Nella scheda individuale della persona disabile si fa riferimento alla rilevazione delle "fragilità" e delle "capacità" dell'ospite, ma non vengono citate le prospettive di autonomia, di inclusione sociale, di aspetti educativi, di relazioni con l'ambiente: tutti aspetti che nel bambino sono imprescindibili.

Alla Regione, l'associazione dei genitori dei bambini utenti dei centri Famiglia Nostra chiede di rivedere le decisioni e di assicurare che i tempi di permanenza nei servizi di riabilitazione siano ampi a sufficienza per ricomprendervi i fabbisogni molteplici dei giovani disabili, garantendo la permanenza dei ragazzi negli attuali Istituti di Riabilitazione, fino alla maggiore età.



**DELIBERAZIONE N° VII/ 12620**

**Seduta del 7 APR. 2003**

*Presidente* **ROBERTO FORMIGONI**

*Assessori regionali* **VIVIANA BECCALOSSI** Vice Presidente  
**GIAN CARLO ABELLI**  
**ETTORE ALBERTONI**  
**MAURIZIO BERNARDO**  
**CARLO BORSANI**  
**ROMANO COLOZZI**  
**MASSIMO CORSARO**  
**GUIDO DELLA FRERA**

**ALBERTO GUGLIELMO**  
**CARLO LIO**  
**ALESSANDRO MONETA**  
**FRANCO NICOLI CRISTIANI**  
**DOMENICO PISANI**  
**GIORGIO POZZI**  
**MARIO SCOTTI**  
**MASSIMO ZANELLO**

*Con l'assistenza del Segretario* **Maurizio Sala**

*Su proposta dell'Assessore*

Famiglia e Solidarietà sociale  
Gian Carlo Abelli

*Oggetto*

Definizione della nuova unità di offerta "Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità" (RSD). Attuazione dell'art.12, comma 2 della l.r. 11 luglio 1997, n.31.

(A seguito di intesa con la competente Commissione Consiliare)

*Il Dirigente* **Giuseppina Coppo**

*Il Direttore Generale* **Umberto Fazzone**

L'atto si compone di 30 pagine  
di cui 22 pagine di allegati,  
parte integrante.



VISTA la l.r. 7 gennaio 1986, n. 1 “Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia”;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato con successivo d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;

VISTO il d.p.r. 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;

VISTA la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali” e, in particolare, gli artt. 4 e 12 per quanto relativo all’accreditamento delle strutture pubbliche e private e l’art. 6 per quanto relativo alla competenza delle Amministrazioni Provinciali in materia di autorizzazione al funzionamento dei servizi;

VISTA la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 “Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112”;

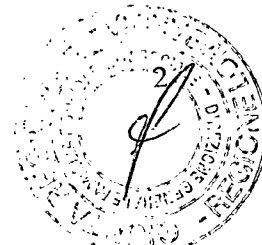
VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

VISTO il d.p.c.m. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

**RICHIAMATE:**

- la d.c.r. 23 dicembre 1987, n. 871 di approvazione del Piano regionale socio-assistenziale per il triennio 1988/1990 e sue successive modifiche, integrazioni e proroghe;
- la d.g.r. 8 agosto 1997, n. 30713 “Accreditamento provvisorio delle residenze e centri diurni per handicappati appartenenti al sistema socio-sanitario. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l’anno 1997”;
- la d.g.r. 29 dicembre 1997, n. 33925 “Requisiti per l’accreditamento di nuove strutture residenziali e diurne appartenenti al sistema socio-sanitario. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l’anno 1997”;
- la d.g.r. 19 gennaio 2001, n. 3130 “Proroga per l’anno 2001 delle disposizioni in merito all’accreditamento delle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili, e degli Istituti di riabilitazione extraospedaliera, ex art. 26 della legge n. 833/78. Disposizioni in merito agli incrementi tariffari”;
- la d.g.r. 8 novembre 2002, n. 11007 “ Conferma dell’accreditamento dei servizi socio-sanitari per handicappati e contestuale variazione del numero dei posti. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario per l’anno 2002”;

RILEVATO che l’attuale sistema di autorizzazione al funzionamento, basato sul possesso di precisi requisiti strutturali e gestionali, come definito dalla l.r. n. 1/86, dal Piano regionale socio-assistenziale 1988/90 e dai conseguenti atti regionali in loro attuazione, ha portato alla individuazione di tre livelli di





autorizzazione (provvisoria o pluriennale o permanente) che devono essere ricondotti ad un unico riferimento autorizzativo;

EVIDENZIATO inoltre che l'attuale sistema dei servizi residenziali per disabili ha portato alla presenza sul territorio delle seguenti unità di offerta :

- Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH),
- Centri Residenziali per handicappati (CRH),
- Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR ex art. 26 legge 833/78);

VISTA la d.c.r. 13 marzo 2002, n. 462 di approvazione del "Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004";

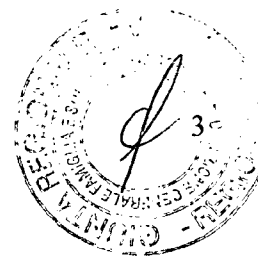
RICHIAMATI in particolare i seguenti obiettivi fissati per il triennio 2002-2004:

- trasformazione dei Centri residenziali per handicappati (CRH) e degli Istituti educativi assistenziali per handicappati (IEAH) in un' unica tipologia di residenza sanitaria assistenziale per disabili: la RSH;
- esigenza di ricondurre le attività di riabilitazione erogate in regime residenziale dagli Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR) alle tipologie definite dal Provvedimento 7 maggio 1998 "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione" della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, pubblicate sulla G. U. del 30 maggio 1998, n. 124, con la conseguente fuoriuscita dal sistema della riabilitazione delle persone che necessitano di interventi socioriabilitativi che sono assicurati dalla nuova offerta residenziale unica: RSH;
- riqualificazione della rete attraverso l'aggiornamento dell'istituto autorizzativo;
- definizione dei requisiti strutturali e gestionali attraverso la costruzione di modelli assistenziali sulla base delle caratteristiche della popolazione destinatari:
  - alla classificazione degli ospiti in base al grado di fragilità, ai bisogni socioriabilitativi e alla conseguente tipologia delle prestazioni erogate;
  - alla definizione delle modalità di remunerazione delle prestazioni rese dagli enti gestori;

CONSIDERATO che l'attuale evoluzione del sistema dei servizi, degli interventi e delle iniziative rivolte a persone con handicap ha portato a definire in modo più appropriato i destinatari dei servizi residenziali meglio identificabili quali persone con disabilità o disabili per cui la nuova unità di offerta residenziale viene identificata in modo più appropriato come Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità - RSD- superando la dizione di RSH, come indicata nel Piano Socio Sanitario Regionale;

DATO ATTO che ai sensi della legge regionale n.31/97, artt. 4 e 12 come modificati dalla legge regionale n. 3/01, art. 4, la Giunta definisce le condizioni e le modalità di accreditamento;

RITENUTO di fissare, per tale nuova unità di offerta, gli stessi standard strutturali e gestionali validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento;





**DATO ATTO** altresì che tutti i CRH e gli IEAH già in possesso di autorizzazione al funzionamento, provvisoria o pluriennale o permanente, così come definite da ultimo nella d.g.r. 8 novembre 2002 n. 11007, sono tenuti a rispettare e ad adeguarsi agli standard strutturali, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**PRESO ATTO** della conseguente necessità di confermare temporaneamente il sistema autorizzativo a tutt'oggi in vigore alle strutture che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già state autorizzate e accreditate. Tale conferma temporanea è subordinata alla presentazione, entro 9 mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, di un piano delle opere di adeguamento, della durata massima di cinque anni, a tutti gli standard strutturali previsti per l'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento previsti dall'allegato A, fatta salva la capacità ricettiva massima complessiva e per nucleo abitativo e valutando i vincoli derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi. Entro lo stesso termine deve essere presente nella struttura lo standard gestionale di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**DEFINITO** che al medesimo obbligo di cui al punto precedente è subordinato il rilascio di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento per le RSD già funzionanti come IDR, per le quali sono del pari salvaguardate le capacità ricettive di nucleo e di struttura;

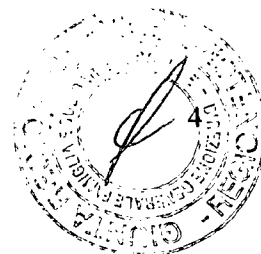
**RITENUTO** di applicare le disposizioni di cui ai due precedenti punti anche ai nuovi provvedimenti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle nuove RSD i cui lavori risultino già iniziati alla data di pubblicazione del presente provvedimento o che abbiano ottenuto la concessione edilizia o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia stata presentata la dichiarazione di inizio di attività;

**PRECISATO** che la Azienda Sanitaria Locale (A.S.L) e la Provincia, competenti per territorio, provvedono alla approvazione di detto piano delle opere di adeguamento, sulla realizzazione del quale la A.S.L. stessa vigila, con facoltà da parte di entrambi gli enti e per le rispettive competenze, di revoca del parere positivo alla conferma temporanea dell'autorizzazione/accreditamento nel caso che gli interventi ed i tempi di adeguamento non rispettino il piano approvato;

**RITENUTO** di demandare alla Giunta Regionale la definizione e l'erogazione del "premio di qualità aggiunta" per le RSD che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere di adeguamento;

**RITENUTO** di stabilire che gli Enti gestori di RSD accreditate debbano obbligatoriamente trasmettere alla ASL competente per territorio e alla Regione i dati relativi alle caratteristiche degli ospiti, alle liste di attesa ed alle caratteristiche della struttura da raccogliere ed inviare secondo tempi e modalità descritti nell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**RITENUTO**, altresì, di definire i nuovi criteri per la definizione della dotazione di personale validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento in funzione della fragilità e del carico assistenziale degli ospiti così come indicato nell'allegato C parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;





DATO ATTO che per l' identificazione di tutti gli elementi necessari alla definizione della nuova unità di offerta residenziale per disabili – RSD - è stata condotta una sperimentazione regionale su un campione significativo delle attuali unità d'offerta residenziale per disabili ai fini della raccolta e validazione degli elementi di cui sopra;

RILEVATA poi la necessità di procedere alla individuazione di un sistema di classificazione degli ospiti in funzione del grado di fragilità, dei bisogni assistenziali, educativi, riabilitativi e sanitari, del conseguente carico assistenziale e delle relative risorse assorbite così come esplicitato nell'allegato D, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, procedendo alla implementazione di un sistema informativo regionale che attivi un flusso di dati standardizzato utile al monitoraggio delle unità d'offerta;

RAVVISATA la necessità di stabilire, così come indicato nell'allegato E, parte integrante del presente provvedimento, i criteri generali per la remunerazione delle prestazioni rese dagli Enti Gestori in funzione della classificazione degli ospiti, determinata secondo il sistema di cui al punto precedente, rinviando ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale la quantificazione delle remunerazioni per classi di ospiti a carico del fondo sanitario nonché la definizione delle modalità per la transizione dal vecchio al nuovo sistema;

RITENUTO di procedere altresì all'individuazione dei criteri e delle modalità per la definizione degli accordi contrattuali tra le A.S.L. e gli stessi Enti Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate così come indicato nell'allegato F, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RAVVISATA la necessità di prevedere, a modifica di quanto precedentemente disposto con d.g.r. n. 35580 del 7.04.1998, che con l'applicazione del nuovo sistema, le A.S.L. di ubicazione delle strutture accreditate effettuano alle RSD acconti mensili in misura pari all' 85% di un dodicesimo del fatturato della spesa sanitaria dell'anno precedente, stabilendo che alla A.S.L. compete, inoltre, l'erogazione dei relativi saldi entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura;

VALUTATA l'opportunità di istituire il registro regionale delle RSD accreditate;

RITENUTO di prevedere che ogni RSD dovrà dotarsi di una "Carta dei servizi" i cui contenuti saranno definiti da apposita circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;

PRESO ATTO che sono state condotte consultazioni ed incontri con Enti Gestori, con ASL, con Province ed il Tavolo del terzo settore che hanno prodotto note, osservazioni ed integrazioni valutate nella stesura del seguente provvedimento;

DATO ATTO che la presente deliberazione non comporta impegni di spesa;

ACQUISITA l'intesa con la Commissione Consiliare competente; 27 MAR. 2003

RITENUTO di dover pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;





VISTO il d.p.g.r. 24 maggio 2000, n.13371 con il quale il Presidente della Giunta Regionale ha conferito a Gian Carlo Abelli l'incarico di Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale4;

VISTA la d.g.r. 27 dicembre 2001, n.7622, inerente l'assetto organizzativo della Giunta Regionale;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge

## DELIBERA

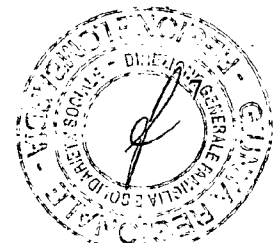
Per quanto in parte motiva:

1. di individuare, all'interno del sistema socio sanitario regionale, una tipologia di servizio residenziale socio sanitario per persone con disabilità, denominata Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità, in seguito indicata RSD, nella quale confluiscono le seguenti unità di offerta:
  - Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH),
  - Centri Residenziali per handicappati (CRH),
  - Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR ex art. 26 legge 833/78);
2. di precisare che nelle RSD sono accolti gli attuali ospiti dei Centri residenziali per handicappati (CRH), degli Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH) e quelli degli Istituti di Riabilitazione extraospedaliera (IDR ex art 26 legge 833/78) che necessitano di interventi socio riabilitativi che saranno assicurati dalla RSD;
3. di approvare i requisiti strutturali unici validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento delle nuove RSD, indicati nell'allegato A parte integrante e sostanziale del provvedimento;
4. di confermare temporaneamente il sistema autorizzativo a tutt'oggi in vigore alle attuali strutture CRH e IEAH che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già state accreditate e/o autorizzate;
5. di subordinare la conferma temporanea di cui al precedente punto, alla presentazione, entro nove mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, di un piano delle opere di adeguamento, della durata massima di cinque anni, a tutti gli standard requisiti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento previsti dall'allegato A, fatta salva la capacità ricettiva massima complessiva e per nucleo abitativo e valutando i vincoli derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi. Entro lo stesso termine deve essere presente nella struttura lo standard gestionale di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. di definire che al medesimo obbligo di cui al punto precedente è subordinato il rilascio di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento per le RSD già funzionanti come IDR, per le quali sono del pari salvaguardate sia le capacità ricettive di nucleo e di struttura che i vincoli derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi. Entro lo stesso termine deve essere presente nella struttura lo standard gestionale di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;





7. di applicare le disposizioni di cui ai due precedenti punti, 5 e 6, anche ai nuovi provvedimenti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle nuove RSD i cui lavori risultino già iniziati alla data di pubblicazione del presente provvedimento o che abbiano ottenuto la concessione edilizia o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia stata presentata la dichiarazione di inizio di attività;
8. di precisare che la Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) e la Provincia, competenti per territorio, provvedono alla approvazione di detto piano delle opere di adeguamento, sulla realizzazione del quale la A.S.L. stessa vigila, con facoltà da parte di entrambi gli enti e per le rispettive competenze, di revoca del parere positivo alla conferma temporanea dell'autorizzazione/accreditamento nel caso che gli interventi ed i tempi di adeguamento non rispettino il piano approvato;
9. di demandare alla Giunta Regionale la definizione e l'erogazione del "premio di qualità aggiunta" per le RSD che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere di adeguamento;
10. di stabilire che gli Enti Gestori di R.S.D. accreditate, debbano obbligatoriamente trasmettere alla A.S.L. competente per territorio e alla Regione i dati circa le caratteristiche degli ospiti, i carichi assistenziali e gli indicatori di struttura, processo ed esito nonché i dati relativi alle liste d'attesa, raccolti ed inviati secondo i tempi e con le modalità descritti nell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
11. di approvare i criteri di definizione della dotazione di personale validi sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento come indicato nell'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
12. di approvare i criteri per la definizione del nuovo modello di classificazione degli ospiti come indicato nell'allegato D, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
13. di approvare i criteri per la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del Fondo Sanitario, come riportati nell'allegato E, parte integrante e sostanziale del provvedimento, rinviando ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale la determinazione delle remunerazioni per classi di ospiti a carico del Fondo Sanitario nonché la definizione delle modalità per la transizione dal vecchio al nuovo sistema;
14. di approvare i criteri e le modalità di definizione degli accordi contrattuali tra le A.S.L. e gli stessi Enti Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate, come indicato nell'allegato F, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
15. di stabilire l'obbligo per l'A.S.L. territorialmente competente della verifica e della vigilanza circa il possesso ed il mantenimento dei requisiti per l'accreditamento indicati nel presente provvedimento;
16. di dare mandato alla stessa A.S.L. di integrare l'azione di controllo sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento con la verifica periodica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto ai parametri individuali costituenti il nuovo sistema di classificazione degli ospiti;
17. di prevedere, a modifica di quanto precedentemente disposto con d.g.r. n. 35580 del 7.04.1998, che con l'applicazione del nuovo sistema le A.S.L. di ubicazione delle strutture accreditate effettuino alle stesse acconti mensili in misura pari all' 85% di un dodicesimo del fatturato della spesa sanitaria dell'anno precedente, stabilendo che alla A.S.L. compete inoltre l'erogazione dei relativi saldi entro 60 giorni dal ricevimento della fattura;
18. di istituire il registro regionale delle RSD. Accreditate;
19. di prevedere che ogni RSD dovrà dotarsi di una "Carta dei servizi" i cui contenuti saranno definiti da apposita circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;
20. di dare atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;







---

21. di disporre che il presente provvedimento venga pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà.

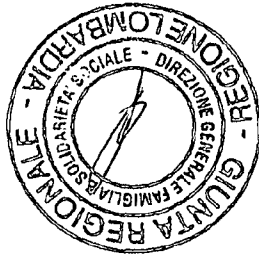
IL SEGRETARIO

Maurizio Sala



# Allegato A: Standard strutturali per le residenze sanitarie assistenziali per persone con disabilità – RSD

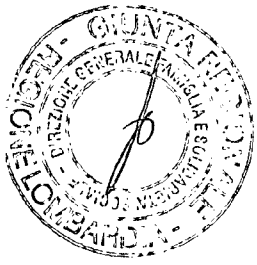
Allegato alla deliberazione  
 n. .... del 7 APR. 2003



ARTICOLAZIONE STRUTTURALE DELLE RSD	STANDARD STRUTTURALI
<b>DEFINIZIONE</b>	<p>La RSD, tra le tipologie della classe residenze sanitarie assistenziali, è quella specificamente destinata all'area della disabilità grave. In esse, in coerenza alle caratteristiche della classe, vengono pertanto garantite agli ospiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria,</li> <li>2. riabilitazione di mantenimento,</li> <li>3. residenzialità anche permanente,</li> <li>4. programmi Individualizzati,</li> <li>5. coinvolgimento delle famiglie.</li> </ol> <p>Le RSD sono unità riferite alla competenza delle ASL e dei rispettivi Piani Triennali (PST). La loro validazione (autorizzazione ed accreditamento) costituisce titolarità regionale esercitata, per quanto attiene l'autorizzazione, tramite delega alle Province, per quanto riguarda l'accreditamento con provvedimento della Giunta Regionale.</p> <p>Verso la tipologia RSD dovranno confluire le attuali tre tipologie di residenze per handicap: CRH, IEAH, IDR (<i>quest'ultima solo per le tipologie di ospiti che rientrano nelle classi definite per le RSD</i>)</p>
<b>DESTINATARI</b>	<p>Le persone &lt; a 65 anni, non assistibili a domicilio, nelle condizioni di disabilità - fisica, psichica, sensoriale, dipendenti da qualsiasi causa - misurate dalle "schede individuali disabili" - SIDI,</p>
<b>STANDARDIZZAZIONE</b>	<p>Il presente standard strutturale costituisce riferimento unico sia per le autorizzazioni al funzionamento rilasciate dalle Province che per gli accreditamenti riconosciuti dalla Giunta regionale.</p> <p>Le prescrizioni sono sia generali che specificamente riferite alle articolazioni delle RSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- area abitativa: nuclei e loro dotazione interna di servizi;</li> <li>- area dei servizi per l'insieme di nuclei delle RSD: servizi sanitari, di vita collettiva, di socializzazione e reinserimento;</li> <li>- servizi generali.</li> </ul>



<b>A. REQUISITI STRUTTURALI GENERALI</b>	<b>Ogni RSD deve garantire il possesso dei requisiti previsti da norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, nonché quelli relativi alle norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche.</b>
<b>AI. CAPACITA' RICETTIVA</b>	<b>Non superiore a n.° 60 posti letto.</b>



ARTICOLAZIONE STRUTTURALE DELLE RSD	STANDARD STRUTTURALI
<b>B. AREA ABITATIVA</b>	Ogni RSD deve essere articolata in nuclei
<b>B1. ARTICOLAZIONE IN NUCLEI E LORO DIMENSIONAMENTO</b>	Fino ad un massimo di 20 posti letto. Esigenze derivanti dalla struttura preesistente o da vincoli edilizi possono consentire l'articolazione del nucleo su più piani
<b>B2. CAMERE DA LETTO</b>	A uno o due o tre posti letto. Superfici minime di: - mq. 12 per le camere a un letto - mq. 18 per le camere a due letti - mq. 25 per le camere a tre letti
<b>B3. SERVIZI IGIENICI DELLE CAMERE</b>	Uno ogni due camere, per un numero massimo di quattro ospiti. Il servizio igienico è dotato di lavabo, vaso, bidet o vaso/bidet, doccia o vasca .
<b>B4. SERVIZI DI NUCLEO</b>	Locale bagno assistito dotato delle attrezzature idonee alla tipologia dell'utenza
• Servizi igienici	Servizio vuotatoio e lavapadelle, condivisibile per nuclei attigui.
• Vuotatoio/Lavapadelle	Armadi per la biancheria pulita o locale, eventualmente condivisibile per nuclei attigui.
• Armadi biancheria pulita	Tisaneria condivisibile anche con nucleo attiguo
• Tisaneria	Riservato al personale condivisibile anche con nucleo attiguo
• Postazione di servizio e di controllo	In prossimità della postazione di controllo deve essere realizzato un servizio igienico per il personale, condivisibile anche con nucleo attiguo
• Servizio igienico per il personale	Ogni nucleo deve essere dotato di un locale ripostiglio per attrezzature e materiale d'uso degli ospiti condivisibile anche con nucleo attiguo
• Ripostiglio	



ARTICOLAZIONE STRUTTURALE DELLE RSD	STANDARD STRUTTURALI
<b>C. SERVIZI SANITARI</b>	
C1. AREA DI RIABILITAZIONE	Locale/locali per attività di tipo riabilitativo con superficie complessiva di almeno mq. 60.
C2. AMBULATORIO	Ambulatorio per visite mediche, medicazioni ed attività infermieristiche assistenziali.
<b>D. SERVIZI DI VITA COLLETTIVA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. locale/locali pranzo con superficie di almeno mq. 2,00 per ogni ospite.</li> <li>2. spazio/spazi polivalenti per attività di socializzazione e reinserimento con superficie complessiva di almeno mq. 3,00 per ogni ospite.</li> <li>3. servizi igienici accessibili ad ogni tipo di utilizzatore dotati di lavabo e wc : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 ogni 20 utenti</li> <li>➤ 1 per visitatori</li> <li>➤ 1 per il personale che opera nei servizi di vita collettiva</li> </ul> </li> </ol>
<b>E. SERVIZI GENERALI</b>	
E1. CUCINA, LAVANDERIA, DEPOSITI, UFFICI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio non è appaltato all'esterno); se il servizio è appaltato: locale o spazio per smistamento contenitori, riscaldamento e conservazione di cibi e bevande;</li> <li>2. spogliatoi del personale;</li> <li>3. lavanderia e stireria ( se il servizio non è appaltato all'esterno);</li> <li>4. deposito sporco;</li> <li>5. deposito pulito;</li> <li>6. magazzino/i;</li> <li>7. ufficio/i amministrativo/i;</li> </ol>
E2. SPAZIO DI ACCOGLIMENTO RECEPTION	Ingresso con area di accoglimento.
E3. CORRIDOI	Larghezza minima dei corridoi mq. 2,00.



## ALLEGATO B

### Debito informativo delle Residenze sanitario assistenziali per persone con disabilità - RSD

#### INTRODUZIONE

Secondo quanto previsto dalla presente deliberazione gli Enti gestori delle Residenze Sanitario-Assistenziali per persone con disabilità – RSD, pubbliche e private, accreditate della Regione Lombardia devono trasmettere periodicamente alla A.S.L. competente per territorio e alla Regione Lombardia informazioni relative ad ogni ospite ed alla struttura stessa.

Per strutture autorizzate ma non accreditate il flusso dei dati avverrà tramite una scheda struttura appositamente predisposta dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale che costituirà il debito informativo verso le ASL e la Regione.

Per quanto riguarda le strutture accreditate le informazioni da trasmettere devono essere raccolte nei flussi distinti che si possono sintetizzare come segue:

- ◆ SCHEDA INDIVIDUALE DEL DISABILE (SIDi per utenti fino a 65 anni);
- ◆ SCHEDA DI OSSERVAZIONE INTERMEDIA DELL'ASSISTENZA (SOSIA per utenti > 65 anni);
- ◆ SCHEDA MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA;
- ◆ SCHEDA DI STRUTTURA.

La SCHEDA INDIVIDUALE DEL DISABILE (SIDi) è parte integrante del fascicolo sanitario e assistenziale di ogni ospite. E' lo strumento di rilevazione delle "fragilità" e delle "capacità" dell'ospite, essenziali per valorizzare ed orientare il complesso delle risposte di cura personale e di qualità della vita che la struttura è chiamata ad offrire alla persona disabile. In tale ambito essa costituisce un elemento in grado di fornire, al gestore della struttura, elementi atti a valutare il carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico di cui gli ospiti necessitano al fine di orientare i servizi, le attività e le diverse tipologie di prestazioni offerte.

La Scheda Individuale del Disabile è inoltre finalizzata:

- a consentire la definizione della Classe di remunerazione di appartenenza del singolo disabile e, di conseguenza, gli standard che la struttura è tenuta ad assicurare;
- a consentire le eventuali modifiche della Classe di remunerazione appartenenza del singolo disabile a seguito della modifica della situazione clinica e delle abilità funzionali della singola persona disabile;
- a consentire l'esercizio delle funzioni di verifica e controllo, sia delle A.S.L. che della Regione.

La scheda deve essere compilata annualmente e trasmessa alla Regione, tramite le ASL, entro il 31 GENNAIO. Le nuove ammissioni, le variazioni della situazione dell'ospite nonché le dimissioni vanno trasmesse, tramite l'ASL, alla Regione entro 15 giorni dall'avvenuta variazione.



La SCHEDA SOSIA: per quanto riguarda la scheda SOSIA si rimanda alla deliberazione n.° 7435 del 14 dicembre 2001, ferme restando le date e le modalità di invio che si richiamano quelle sopra definite per la scheda SIDI.

La SCHEDA MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA è formata da tutte le informazioni che riguardano i soggetti disabili che richiedono di accedere ad una RSD. Essa deve essere aggiornata e trasmessa il 30 giugno e il 31 dicembre, direttamente alla Regione Lombardia.

La SCHEDA STRUTTURA contiene informazioni relative a:

- le caratteristiche strutturali;
- gli aspetti e le caratteristiche gestionali.

La “scheda di struttura” deve essere compilata annualmente entro il 30 aprile ed inviata alla ASL di riferimento e alla Regione Lombardia.

## FLUSSO INFORMATIVO

L'aggiornamento periodico dei dati e la loro elaborazione nonché i risultati che ne deriveranno, oltre che costituire uno strumento indispensabile di conoscenza dell'andamento delle attività per la Giunta Regionale, saranno messi a disposizione anche delle Aziende Sanitarie e dei singoli Enti gestori dei servizi.

Le singole strutture saranno informate semestralmente sulla situazione relativa agli ospiti presenti nonché sugli standard gestionali attesi.

## MODALITÀ DI RACCOLTA DEI DATI

Le informazioni contenute nella Scheda monitoraggio liste di attesa, in SIDI e SOSIA devono essere raccolte per tutti gli ospiti che hanno presentato richiesta di inserimento e per tutti i ricoverati nelle RSD, pubbliche e private, sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri di sollievo o di pronto intervento/emergenza.

La compilazione della scheda SIDI, in osservanza delle istruzioni riportate nel presente documento, vedrà la collaborazione:

- del referente delle attività socio-sanitarie ed educative per quanto riguarda i dati relativi alle abilità dell'ospite;
- del referente sanitario della struttura o del nucleo in cui è inserito l'ospite per i dati clinici;

La compilazione della scheda SOSIA è a cura del referente sanitario della struttura o del nucleo in cui è inserito l'ospite.

La trasmissione di tali schede deve avvenire **esclusivamente** su supporto informatico. **Il supporto è trasmesso con lettera firmata dal legale rappresentante dell'Ente gestore della struttura**, recante il numero dei *record* presenti (ogni *record* = un ricovero) a ogni rilevazione ed è responsabile della veridicità, completezza, accuratezza e qualità delle informazioni riportate e della loro tempestiva trasmissione.





Rimane a cura della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale la trasmissione dei dati opportunamente tutelati, agli aventi diritto di debito informativo, a cura e responsabilità dell'Ente gestore rimane la trasmissione dei dati riferiti al singolo ospite in situazione di trasferimenti o di modifica di situazione

Al fine di migliorare le modalità di comunicazione, è necessario che nell'ambito della RSD e delle ASL sia individuato un referente ed un suo sostituto per le attività di coordinamento e controllo dei dati di SIDi e di SOSIA. **Il nominativo di tale referente (e dei suoi sostituti in caso di assenza) deve essere comunicato alla Regione**

Le indicazioni contenute in questo allegato B devono essere applicate, a partire dal mese successivo alla pubblicazione del provvedimento, a tutti gli ospiti presenti e a quelli che verranno successivamente accolti.

Dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e per i successivi tre mesi, ogni RSD è tenuta ad effettuare una prima rilevazione sperimentale per tutti gli ospiti presenti, che verrà trasmessa, secondo le modalità stabilite da una successiva circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, per SIDi, SOSIA e per la scheda struttura, mentre ogni RSD dovrà provvedere alla compilazione e trasmissione della scheda liste di attesa direttamente alla Regione, secondo le scadenze già indicate.

## **LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE SCHEDE**

I dati da rilevare e da trasmettere alla Regione, oltre ai codici di identificazione della ASL e della struttura, sono raggruppati secondo i criteri sottoevidenziati per le diverse schede seguenti:

**I° La Scheda Individuale del Disabile (SIDi) per gli ospiti fino a 65 anni** si compone di diverse parti:

- una parte che contiene elementi anagrafico-anamnestiche :
- una parte relativa ai dati clinici e sanitari:
- una parte relativa alle abilità del soggetto disabile:
- una parte relativa ai dati amministrativi:

**II° SCHEDA SOSIA per ospiti di età superiore a 65 anni:** si confermano le indicazioni della deliberazione della Giunta Regionale n. 7435 del 14 dicembre 2001.

**III° La SCHEDA MONITORAGGIO LISTE D'ATTESA** si compone di diverse parti:

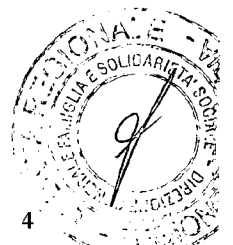
- una parte che contiene elementi anagrafico-anamnestiche
- una parte relativa ai dati clinici e sanitari:

**IV° La SCHEDA DI STRUTTURA,** con riferimento a quanto previsto nell'Allegato A la stessa consente di rilevare:

- Requisiti strutturali:
- Caratteristiche dei nuclei abitativi:
- Servizi generali:
- Requisiti gestionali:
- Dati economico-finanziari:



- Servizi generali:
- Requisiti gestionali:
- Dati economico-finanziari:



**Standard di assistenza prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSD**

Si ritiene opportuno definire, ai fini **degli standard gestionali per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento** lo standard medio calcolato tra le diverse classi di appartenenza. Tale standard medio, in considerazione delle particolari caratteristiche delle strutture e dell'utenza ospite delle stesse viene definito in **1600 minuti settimanali per ogni ospite**.

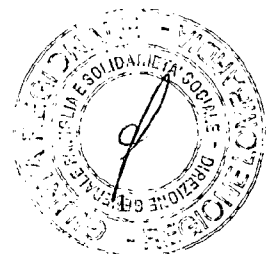
Al fine di assicurare agli ospiti un servizio che, complessivamente, risponda alle diverse esigenze di tipo assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico assicurando, contemporaneamente al gestore quella flessibilità capace di adattare gli standard di personale alle esigenze del singolo disabile, tale standard complessivo deve essere raggiunto rispettando i rapporti tra le diverse figure professionali secondo il seguente schema:

- **per gli ospiti adulti e anziani:**
  - 40% dello standard minuti settimanali per ospite assicurato da ausiliari socio assistenziali (A.S.A.);
  - 40% dello standard minuti settimanali per ospite assicurato da figure professionali appartenenti all'area educativa, all'area riabilitativa e all'area infermieristica;
  - 20% dello standard di minuti settimanali per ospiti definito dalla struttura sulla base dei progetti individualizzati tra le diverse figure professionali riconducibili alle aree sopra indicate a cui concorre anche il personale medico e psicologo;
- **per ospiti di minore età :**
  - 30% dello standard di minuti settimanali per ospite assicurato da ausiliari socio assistenziali (A.S.A.);
  - 50% dello standard di minuti settimanali per ospite assicurato da figure professionali appartenenti all'area educativa, all'area riabilitativa e all'area infermieristica;
  - 20% dello standard di minuti settimanali per ospite definito dalla struttura sulla base di progetti individualizzati tra le diverse figure professionali riconducibili alle aree sopra indicate a cui concorre anche il personale medico e psicologo.

Ai fini del raggiungimento degli standard di cui sopra, possono concorrere gli O.S.S.

Ad integrazione di quanto sin qui definito si precisa che:

- 1) l'assistenza medica generica dovrà essere garantita nell'arco dell'intera giornata, anche utilizzando lo strumento della reperibilità, sia diurna che notturna, senza possibilità di ricorso al servizio di continuità assistenziale del medico di medicina generale dell'A.S.L. a meno che questa possibilità sia esplicitamente prevista all'interno di una convenzione;
- 2) l'assistenza infermieristica dovrà essere garantita per almeno 7 ore giornaliere su tutta la struttura, nelle sole ore non coperte dal personale infermieristico potrà essere attivato un servizio di reperibilità infermieristica a condizione della contemporanea presenza figura dell'OSS nella struttura;

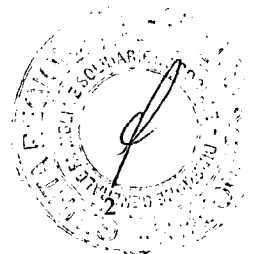


- 3) le ore di reperibilità non potranno essere conteggiate ai fini del raggiungimento dello standard minimo previsto; vengono invece conteggiate solo le ore di assistenza effettivamente rese nella struttura;
- 4) le funzioni di tipo educativo ed animativo dovranno essere garantite rispettivamente dall'educatore professionale (classe 2), e dall'operatore socio educativo (classe 18). In carenza di tale figura potrà essere coinvolto l'Animatore sociale (qualifica ad esaurimento) e personale con titolo universitario in discipline umanistiche;
- 5) concorrono al raggiungimento dello standard, limitatamente ad una quota massima del 20%, anche i volontari in possesso del titolo previsto ad erogare le prestazioni richieste;
- 6) per le strutture funzionanti in base ad autorizzazione e accreditate alla data di pubblicazione del presente provvedimento, per le quali lo standard minimo, indicato in questo allegato, non sia ancora garantito, è previsto l'obbligo di adeguamento entro nove mesi dalla di pubblicazione del presente atto;
- 7) ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati nel progetto individualizzato possono altresì concorrere al raggiungimento degli standard relativi all'area educativa e all'area riabilitativa operatori diversi da quelli previsti ai punti precedenti quali: assistenti sociali, operatori che hanno sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia e teatroterapia oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte).

Per quanto riguarda la correlazione tra bisogni valutati attraverso le schede SIDi e SOSIA e la presenza delle figure professionali e la conseguente remunerazione, la struttura deve dimostrare, in sede di rendiconto, di aver assicurato, durante l'anno, agli ospiti, il totale dei minuti settimanali previsti dalla somma delle classi di appartenenza degli ospiti, come definito dall'allegato D, in base alle settimane di effettiva presenza degli stessi.

Per gli operatori presenti nei Centri residenziali handicap (CRH) e Istituti Educativo Assistenziali (IEAH) e Istituti di riabilitazione (IDR) sprovvisti dei titoli sopra citati la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale concorderà percorsi formativi.

Per tali operatori, in ogni caso, dovranno essere richieste alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio le deroghe al loro utilizzo e conteggio ai fini del raggiungimento dello standard.



## ALLEGATO D

### Modalità di classificazione

L'introduzione delle schede di rilevazione (SIDi e SOSIA), con la conseguente raccolta dei dati relativi da parte delle RSD, consente l'elaborazione di un metodo per la definizione degli indicatori di fragilità e del carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico della popolazione ospite delle RSD lombarde, utile per costruire una nuova classificazione in fasce omogenee per condizione motoria, cognitiva e clinica e per carico assistenziale.

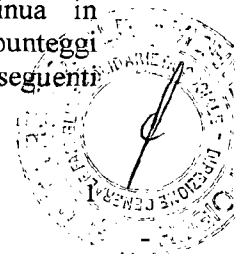
La scheda SIDi, Scheda Individuale Disabile nasce dalla sperimentazione condotta nel corso dell'anno 2002 in 16 Servizi residenziali per disabili che in totale ospitano 899 persone. Per l'identificazione dei bisogni della persona disabile, considerate le differenti tipologie diagnostiche e le differenti età delle persone, si è ritenuto opportuno utilizzare, integrandole, la scheda SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) e la scheda VMSD (Valutazione Multidimensionale Soggetto Disabile). I due strumenti che analizzano le diverse compromissioni funzionali mediante:

- la scheda SOSIA attraverso una valutazione clinica e una valutazione della compromissione motoria utilizzando alcuni *item* derivati dalla scala Barthel (relativi a trasferimento letto-sedia, deambulazione, locomozione su sedia a rotelle, igiene personale ed alimentazione) e correlati agli *item* di comorbilità (relativi a patologie riferite all'apparato gastro-intestinale inferiore, all'apparato genito-urinario, al sistema muscolo-scheletrico e cute, al sistema nervoso centrale e periferico). L'analisi dei dati succitati consente di valorizzare in modo differenziato ogni *item* della mobilità e di determinare una suddivisione degli ospiti in due gruppi : compromissione motoria grave o moderata;
- la scheda VMSD e la scheda V.F.M.(Valutazione funzionale Medullolesi) in grado di offrire elementi per una valutazione relativa alle aree motoria (locomozione, uso della carrozzina), cura del sè (alimentazione, igiene personale, vestirsi, vita di relazioni), che, opportunamente correlate tra loro, consentono di valutare il bisogno assistenziale, educativo ri-abilitativo ed infermieristico relativo a specifiche funzioni della vita quotidiana (toilette della mattina, attività della giornata, attività di socializzazione esterne alla struttura, alimentazione e attività serali) riferendole al singolo disabile. I livelli di assistenza così ottenuti vengono bilanciati attraverso la valutazione dell'età del soggetto disabile secondo uno schema che distingue soggetti appartenenti a tre classi di età (età > 55 anni, età <18 anni, età compresa tra i 18 e i 55 anni);

hanno consentito di valutare i "carichi" assistenziali, educativi, riabilitativi ed infermieristici che caratterizzano il singolo ospite della struttura residenziale ed il "peso" percentuale che tali funzioni hanno all'interno dello standard generale.

Per quanto riguarda gli aspetti mentali e comportamentali gli stessi sono stati verificati:

- utilizzando, per la scheda SOSIA gli *item* derivati dalla scala Gottfries-Brane-Steene (GBS) relativi alla confusione, irritabilità e irrequietezza e l'*item* relativo a patologie psichiatriche comportamentali (demenza, ansia, depressione, agitazione, psicosi, etc.) della scala Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). L'analisi dei dati succitati consente di valorizzare in modo differenziato ogni *item* della cognitività e di determinare la classificazione degli ospiti in due gruppi : compromissione cognitiva grave o moderata;
- rilevando la presenza di condizioni che necessitano di "sorveglianza" continua in considerazione di comportamenti a rischio o il grado di "partecipazione" alle attività, i punteggi ottenuti vengono utilizzati come elemento di "valorizzazione" dei bisogni e dei conseguenti "carichi" assistenziali, educativi, riabilitativi ed infermieristici del soggetto disabile.



L'indice di comorbilità viene calcolato utilizzando i 14 *item* della CIRS, attribuendo una valorizzazione maggiore agli *item* relativi a patologie riferite all'apparato genito-urinario, al sistema muscolo-scheletrico e cute, al sistema nervoso centrale e periferico. Le patologie psichiatrico-comportamentali (demenza, ansia, depressione, agitazione, psicosi, etc.) vengono valorizzate sia nella misurazione della comorbilità che nell'indice relativo alla cognitività e comportamento. Per ogni patologia sono valorizzati gli *item* che segnalano un valore moderato, grave o molto grave e che determinano la suddivisione degli ospiti in due gruppi: condizione di compromissione clinica grave o moderata.

La determinazione del carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico è effettuata utilizzando pertanto gli *item* delle due schede che, combinati tra loro, hanno reso possibile la valutazione dei diversi soggetti disabili: in particolare, per quanto riguarda i soggetti disabili anziani >65 anni tutt'ora ospiti nelle strutture per disabili e che, con riferimento al campione erano un totale di 183 persone (corrispondenti al 20,3% del totale dei soggetti esaminati) si è utilizzato, in analogia con quanto avviene per l'area anziani, la sola scheda SOSIA.

La metodologia di lavoro seguita ed i risultati della sperimentazione hanno consentito di definire "gruppi di utenti" tra loro omogenei per il complesso dei bisogni assistenziali, educativi, riabilitativi ed infermieristici consentendo di determinare il bisogno, espresso in minuti settimanali per ogni ospite, con riferimento alle seguenti tipologie di prestazioni

- prestazioni di assistenza diretta all'ospite rese da personale ausiliario socio assistenziale;
- prestazioni di tipo educativo, riabilitativo ed infermieristico;

tale misura è stata poi riequilibrata con i tempi necessari per i servizi generali.

La classificazione degli ospiti nelle nuove classi è riportata nella tabella seguente:

CLASSE	LIVELLO DEL CARICO ASSISTENZIALE	MISURA DEL CARICO ASSISTENZIALE
		MINUTI SETTIMANALI MEDI PER OSPITE
1	ALTO	2.500
2	MEDIO ALTO	2.000
3	MEDIO	1.600
4	MEDIO BASSO	1.200
5	BASSO	900

**Le persone anziane, disabili, ultrassessantacinquenni** ospiti nelle RSD, per i quali vengono applicati i criteri della scheda SOSIA verranno collocati nelle classi SIDi in funzione della classe SOSIA risultante secondo seguente criterio:

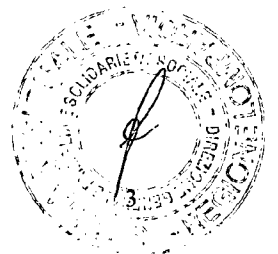
- Disabili con punteggio classe SOSIA 1,2,3, vengono ricondotti nella classe 4 SIDi
- Disabili con punteggio classe SOSIA 4,5,6,7,8, vengono ricondotti nella classe 5 SIDi.

Per quanto riguarda i minori ospiti nelle strutture per disabili si ritiene che, essendo il processo riabilitativo rieducativo centrale e fondamentale per la realizzazione del loro progetto di vita, il



ricorso al sistema socio-sanitario integrato e all'RSD debba essere considerato come un elemento eccezionale.

In caso di particolari situazioni di disagio determinate anche da inadeguatezza del contesto familiare e parentale più esteso, l'ammissione alla RSD deve essere previamente autorizzata da parte dei competenti servizi dell'ASL e su richiesta motivata dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile (U.O.N.P.I.A.), d'intesa con l'Ente gestore.



**CRITERI PER LA REMUNERAZIONE**

L'entità della remunerazione di tutte le cinque classi per le strutture accreditate e la remunerazione di ingresso per le strutture che presenteranno domanda di accreditamento dopo la data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL verranno determinate con successivo provvedimento della Giunta Regionale.

Il costo medio giornaliero verrà definito dalla Giunta sulla scorta dei seguenti parametri:

- consistenza del carico assistenziale, educativo, riabilitativo e infermieristico
- valorizzazione economica del carico assistenziale educativo, riabilitativo e infermieristico
- valorizzazione economica degli altri costi definita percentualmente sul carico assistenziale.

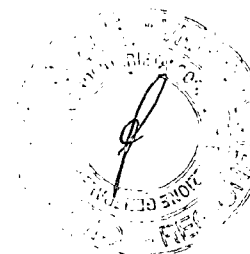
Tale ultima valorizzazione è finalizzata a:

- creare le condizioni affinché il sistema delle RSD applichi una retta unica indipendentemente dalla classe di appartenenza e di remunerazione dell'ospite.

La Regione Lombardia tutelerà che gli oneri complessivi delle RSD rispettino quanto definito dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 in tema di residenzialità per le persone con disabilità.

La Giunta Regionale con successivo provvedimento determinerà l'entità del "premio di qualità aggiunta" per le strutture che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere di adeguamento e realizzeranno progetti educativi dedicati agli ospiti con maggiore impegno socioriabilitativo.

Per gli ospiti degli IDR, presenti alla data di pubblicazione del presente provvedimento, che verranno ricondotti nel sistema della RSD, verrà garantita la partecipazione della quota sanitaria nella attuale misura del 100 % fatto salvo il recupero della quota equivalente all'eventuale indennità di accompagnamento.





**ALLEGATO F**

**SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI  
GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LE  
RESIDENZE SANITARIO PER DISABILI - RSD**

TRA

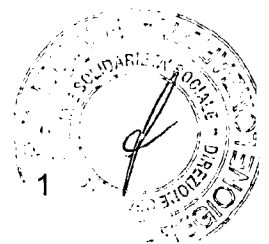
l'A.S.L. .... con sede.....  
Via.....n°..... codice fiscale.....  
legalmente rappresentata dal Direttore Generale, Sig.....

E

la RSD .....con sede legale in  
.....Via.....n°.....codice fiscale  
.....legalmente rappresentata dal Sig..... in  
qualità di.....

PREMESSO che:

- l'A.S.L..... intende avvalersi del (ente gestore)  
..... che gestisce la  
RSD..... ubicata in .....  
Via ..... n° ..... , per l'erogazione dell'assistenza  
residenziale socio/sanitaria integrata a favore delle persone disabili gravi e  
gravissime residenti nel proprio territorio;
- la RSD.....con sede in ..... è  
autorizzata al funzionamento in via...(temporanea o definitiva).....sulla  
base del provvedimento n.....del....., emesso dalla  
competente Provincia di.....,



- la RSD con d.g.r. n. .... del ..... è stata accreditata per n° ..... posti letto e che risulta pertanto iscritta nel registro regionale delle RSD, istituito presso la Direzione Regionale Famiglia e Solidarietà Sociale;
- la RSD ha comunicato che le rette giornaliere praticate agli ospiti, alla data del..... sono le seguenti....., e si impegna a comunicare annualmente le variazioni.

Tutto ciò premesso:

### **Si stipula quanto segue**

#### **Art.1**

##### **Premesse**

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

#### **Art.2**

##### **Oggetto**

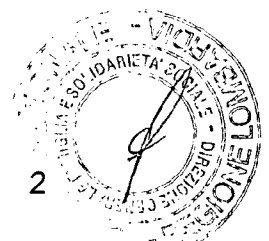
La ASL di ..... si avvale della RSD..... ubicata a ..... in Via .....n° ..... gestita da ..... per l'assistenza residenziale socio-sanitaria ivi compreso periodi di sollievo e o di pronto intervento a favore dei disabili per complessivi n°.....posti letto di cui n°.....posti per pronto intervento. La RSD ..... garantisce le prestazioni previste della normativa regionale.

#### **Art.3**

##### **Requisiti autorizzativi e di accreditamento**

La Struttura si impegna a mantenere nel tempo i requisiti autorizzativi e di accreditamento, previsti dal quadro legislativo di riferimento.

Per ciò che attiene la dotazione di personale, la Struttura si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando numero, professionalità e rapporto di lavoro del proprio personale.



La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all'A.S.L. ogni eventuale successiva modifica e autocertifica, annualmente, il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di autorizzazione e accreditamento.

L'ASL può accedere a tutti i locali della struttura ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari, può altresì accedere alla documentazione amministrativa al fine di verificare quanto autocertificato.

Al termine del sopralluogo, viene redatto, in contraddittorio con il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, il verbale di controllo.

La ASL, nel caso di accertamento del non possesso dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento, diffida il legale rappresentante a sanarlo, dando un termine non superiore a 15 giorni per l'eventuale controdeduzione, indicando modalità e tempi di ripristino dei requisiti carenti.

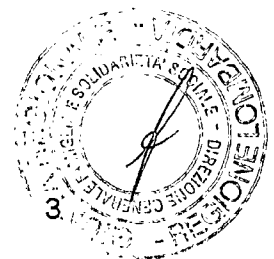
In caso di inadempienza alle prescrizioni, la ASL sospende il contratto ed avvia la procedura descritta nel successivo art. 11, dando contestuale comunicazione alla Giunta regionale. per i conseguenti provvedimenti di competenza.

#### Art.4

##### Procedure di ammissione

La RSD si impegna ad effettuare tutte le procedure di accoglimento degli ospiti. In particolare:

- 1) a tenere la lista di attesa dei richiedenti il ricovero, sempre secondo le modalità stabilite dalla normativa regionale,
- 2) redigere, all'ingresso dell'ospite, S.I.Di. e SOSIA ed a rivederla periodicamente come stabilito dalle norme regionali,
- 3) a verificare che i richiedenti ammessi al ricovero, siano in possesso dei requisiti corrispondenti alle diverse classi predeterminate,



- 4) a redigere per ogni ammesso il Piano di Assistenza Individuale ed aprire il fascicolo sanitario e sociale da aggiornare come previsto dalla normativa regionale.

## **Art. 5**

### **Sistema tariffario e pagamenti**

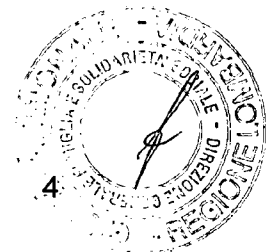
L'ASL contraente è tenuta ad erogare all'ente gestore della RSD, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione per le prestazioni sanitarie. La ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85 % di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente (per le nuove strutture accreditate: del fatturato teorico calcolato sulla base della tariffa di ingresso ovvero classe 3 RSD), e garantisce altresì l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 gg. dalla data di ricevimento della fattura.

L'avvenuto saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata, risultassero non dovute o dovute in parte.

La RSD si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte da S.Idi e SOSIA, secondo la modulistica regionale predisposta allo scopo.

E' fatta salva la facoltà dell'A.S.L. di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni formali ai sensi dell'art. 4 o accertamenti di gravi violazioni della normativa vigente in materia sociosanitaria.

La remunerazione regionale potrà subire una rivalutazione percentuale, al variare della soglia finanziaria massima prevista annualmente dalla Giunta Regionale.



## **Art. 6**

### **Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni**

La Struttura si impegna a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione sociosanitaria.

La Struttura codifica, registra e comunica le prestazioni rese, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella documentazione clinica e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla competente Unità Organizzativa della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, nel rispetto delle norme previste dalla legge n. 675/96.

Le variazioni del grado di non autosufficienza dell'ospite (passaggio da una classe all'altra) devono essere rilevate dalla struttura sempre attraverso la compilazione di S idi. alla cui variazione deve corrispondere un adeguato aggiornamento del PEI. e la registrazione dell'evento patologico o traumatico nel fascicolo sanitario e sociale.

L'A.S.L. nell'ambito della propria attività ordinaria può compiere, con un preavviso non inferiore alle 48 ore, controlli circa l'appropriatezza dei ricoveri e l'aderenza delle caratteristiche degli ospiti a quanto riportato nei fascicoli sanitari e sociali.

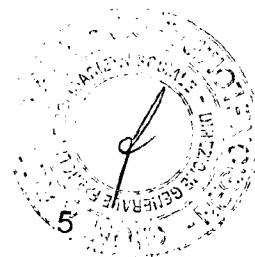
I controlli sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con il Legale Rappresentante della struttura o suo delegato, con l'eventuale assistenza dei membri dell'èquipe socio-sanitaria responsabile della documentazione.

## **Art. 7**

### **Sistema aziendale per il miglioramento della qualità**

Le parti identificano il miglioramento della qualità quale obiettivo primario, da perseguire in uno spirito di piena collaborazione.

A tal fine si rende necessario lo sviluppo di un sistema aziendale di miglioramento della qualità che presidi le diverse variabili della qualità stessa.



In particolare, la struttura si impegna a sviluppare il sistema di qualità aziendale secondo le direttive definite dalla Giunta Regionale con d.g.r. n. 7435 del 14.12.2001 successive integrazioni in attuazione all'art. 13 della l.r. n. 31/97.

#### **Art. 8**

##### **Debito Informativo**

La Struttura si impegna ad adempiere al proprio debito informativo nei confronti dell'A.S.L. e della Regione Lombardia, Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, ai sensi dell'art.14 della l.r. n. 31/97, e secondo i tempi e le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

#### **Art. 9**

##### **Sanzioni**

Si applicano al rapporto disciplinato dal presente contratto le decadenze e le cause di risoluzione ivi contemplate, nonché quelle previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dagli articoli 1453 e seguenti del codice civile.

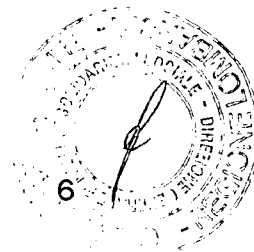
L'ASL, accertata l'inadempienza ad uno degli obblighi di cui agli artt. precedenti, diffida il Legale Rappresentante a sanarla ed a far pervenire le proprie controdeduzioni entro il termine di 30 giorni.

#### **Art. 10**

##### **Controversie**

Le controversie di natura patrimoniale, potranno essere deferite, su accordo di entrambe le parti ad un Collegio di tre arbitri, il quale le risolverà in via definitiva entro il termine di 90 giorni dall'accettazione dell'incarico.

Gli arbitri saranno designati uno da ciascuna delle parti ed un terzo di comune accordo ovvero, in mancanza di tale accordo dal Presidente del Tribunale territorialmente competente.



La procedura relativa alla nomina ed all'attività del Collegio sarà curata dall'ASL; gli oneri saranno a carico della parte soccombente, salvo diversa determinazione del Collegio Arbitrale

Per il procedimento di arbitrato si applicano le norme di cui all'art. 806 e ssg. del c.p.c.

### **Art. 11**

#### **Durata**

Il presente contratto ha validità triennale, dalla data di stipula si intenderà tacitamente rinnovato in assenza di diverso pronunciamento di una delle due parti.

Il contratto viene redatto in triplice copia, una per ciascun contraente ed una per la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Per tutto quanto non previsto nel contratto, si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato.

In tali casi la struttura contraente ha facoltà, entro trenta giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'A.S.L. ed alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Letto, confermato e sottoscritto,

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

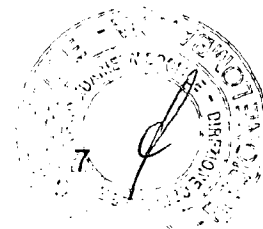
della R.S.A.

---

**IL DIRETTORE GENERALE**

dell'A.S.L.

---



## **DGR 14039 del 8.08.2003**

### **Primo provvedimento attuativo della d.g.r. n. 12620 del 7 aprile 2003: Definizione del sistema Tariffario della Residenza Sanitario Assistenziale per disabili**

#### **PRESENTAZIONE**

La d.g.r. 14039 dell'8 agosto 2003 "Primo provvedimento attuativo della d.g.r. n. 12620 del 7 aprile 2003 : Definizione del sistema Tariffario della Residenza Sanitario Assistenziale per disabili" stabilisce le remunerazioni tariffarie corrispondenti alle 5 classi di fragilità degli ospiti delle RSD. Tali remunerazioni saranno riconosciute, a carico del Fondo Sanitario, alle residenze che accreditate dalla Regione Lombardia stipuleranno poi il contratto con l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente.

Con tale provvedimento vengono altresì ribaditi e meglio specificati:

- lo standard medio di assistenza valido per l'accreditamento delle strutture attualmente accreditate come Centri Residenziali, Istituti Educativo Assistenziali e Istituti di riabilitazione extraospedaliera per disabili a regime residenziale che si trasformeranno in RSD e delle strutture che richiederanno accreditamento ex novo come RSD;
- l'applicazione della retta unica a carico degli utenti, calcolata sulla base del case-mix coerente con la classificazione degli ospiti effettuata con la Scheda S.I.Di.

su proposta dell'Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale

Gian Carlo Abelli

Primo provvedimento attuativo della DGR n. 12620 del 7 aprile 2003:

Definizione del sistema tariffario della residenza sanitario assistenziale per disabili.

Dirigente: Carla Dotti

Dirigente: Giuseppina Coppo

Direttore Generale: Umberto Fazzone

**VISTO** il d.p.g.r. 24 maggio 2000, n. 13371, con il quale il Presidente della Giunta Regionale ha conferito a Gian Carlo Abelli l'incarico di Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale;

**VISTA** la d.g.r. 23 dicembre 2002, n. 11699, 'Disposizioni a carattere organizzativo (IV provvedimento 2002)';

**TENUTO CONTO** del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421' e successive modifiche ed integrazioni;

**CONSIDERATO** il d.P.R. 14 gennaio 1997 'Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private';

**VISTA** la l.r. 11 luglio 1997, n. 31, 'Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali';

**STIMATA** la legge 8 novembre 2000, n. 328 'Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali';

**CONSIDERATI** i decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri:

- 14 febbraio 2001 'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie';



- 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' sanitari e socio-sanitari integrati;

**VISTA** la d.c.r. 13 marzo 2002, n. 462, di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004;

**VISTE** le seguenti leggi regionali:

- 17 dicembre 2001, n. 26 'Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale' recante all'art. 4 disposizioni in materia sanitaria;
- 23 dicembre 2002, n. 34, 'Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2003 e bilancio pluriennale 2003-2005 a legislazione vigente e programmatico';

#### **RICHIAMATE:**

- la d.g.r. del 1° luglio 1997, n. 29538 'Accreditamento provvisorio dei presidi sanitari di riabilitazione extraospedaliera, già convenzionati ex art.26, L.833/78;
- la d.g.r. 8 agosto 1997, n. 30713 'Accreditamento provvisorio delle residenze e centri diurni per handicappati appartenenti al sistema socio sanitario. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l'anno 1997';
- la d.g.r. 29 dicembre 1997, n. 33925 'Requisiti per l'accredimento di nuove strutture residenziali e diurne appartenenti al sistema socio sanitario. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l'anno 1997'
- la d.g.r. 19 gennaio 2001, n. 3130 'Proroga per l'anno 2001 delle disposizioni in merito all'accredimento delle strutture socio sanitarie per anziani e disabili, e degli istituti di riabilitazione extraospedaliera, ex art. 26 della L. 833/78. Disposizioni in merito agli incrementi tariffari';
- la d.g.r. 8 novembre 2002, n. 11007 'Conferma dell'accredimento dei servizi socio sanitari per handicappati e contestuale variazione del numero dei posti. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario per l'anno 2002';

**RICHIAMATA** altresì la d.g.r. 7 aprile 2003 n. VII/12622, avente ad oggetto 'Assegnazioni per l'anno 2003 alle ASL e, per la parte di competenza, al Comune di Milano, dei finanziamenti per i servizi socio-sanitari integrati e per i servizi e gli interventi sociali. Modifiche di tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale' con la quale si è provveduto oltre che all'assegnazione delle risorse dei Fondi Sociale e Sanitario Regionali, anche alla definizione degli incrementi tariffari da riconoscere alle strutture socio sanitarie accreditate;

**DATO ATTO** che con d.g.r. 7 aprile 2003 n. 12620 'Definizione della nuova unità di offerta *Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità* (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2, della l.r. 11 luglio 1997, n. 31' sono stati stabiliti i criteri generali per la remunerazione delle prestazioni rese in funzione della classificazione degli ospiti per classi di fragilità, rinviando ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale la quantificazione delle remunerazioni a carico del Fondo Sanitario Regionale, nonché la definizione delle modalità per la transizione dal vecchio al nuovo sistema;

**CONSTATATO** che nell'Allegato C, della medesima deliberazione, si afferma che la struttura deve dimostrare, in sede di rendiconto, di avere assicurato agli ospiti il totale dei

minuti settimanali previsti dalla somma delle classi di appartenenza degli ospiti, come definito dall' Allegato D, in base all'effettiva presenza degli stessi;

**DATO ATTO** altresì, che nello stesso allegato C viene stabilito in 1600 minuti settimanali per ospite lo standard medio di personale, valido ai fini sia dell'autorizzazione sia dell'accreditamento, e che tale standard deve essere raggiunto rispettando i rapporti tra le diverse figure professionali secondo i pesi percentuali stabiliti;

**ASSUNTO** che con l'attuazione della sperimentazione, prevista dall'Allegato B della d.g.r. n. 12620/2003, si è rilevato che per alcuni ospiti le variabili età e durata di permanenza nella residenza comportano una diversa adattabilità (compliance) al modello assistenziale proprio della struttura con conseguente contenimento del carico assistenziale che può essere inferiore a 1.600 minuti settimanali per ospite;

**DATO ATTO** che in relazione a quanto sopra osservato nella sperimentazione sul campo dello strumento SIDi, si rende necessario autorizzare ed accreditare le strutture già funzionanti con uno standard anche diverso da 1.600 minuti settimanali per ospite, se il tempo di assistenza risulta adeguato a ben precise caratteristiche degli ospiti, e confermare la responsabilità della verifica in capo all'ASL territorialmente competente;

**STABILITO** di riconfermare lo standard medio di assistenza pari a 1600 minuti settimanali per ospite, così come disposto nell'Allegato C, della d.g.r. n. 12620/2003, quale requisito di autorizzazione ed accreditamento per le residenze sanitarie assistenziali per disabili che entreranno *ex novo* nel sistema di residenzialità di lungo assistenza;

**RICHIAMATO** l'Allegato E, parte integrante della deliberazione sopra citata, attraverso il quale si stabilisce che la Giunta Regionale deve determinare con successivo provvedimento:

- l'entità della remunerazione di tutte le cinque classi, a carico del Fondo Sanitario, per le strutture accreditate;
- la remunerazione di ingresso per le strutture di nuovo accreditamento;
- l'entità del premio di qualità aggiunta per le strutture che realizzeranno anticipatamente il piano delle opere e realizzeranno progetti educativi dedicati agli ospiti con maggior impegno socio riabilitativo;

**PRESO ATTO** che con il sistema di rilevazione SIDi, sia l'ente gestore sia le AA.SS.LL sono risultate in grado di classificare immediatamente i livelli di fragilità dell'ospite e che pertanto si ritiene non necessario applicare una remunerazione di ingresso, così come disposto nell'Allegato E della d.g.r. n. 12620 del 7 aprile 2003, ma di riconoscere e remunerare secondo le tariffe corrispondenti;

**STABILITO** che la remunerazione per classi entrerà in vigore a seguito di stipula del contratto tra l'Ente Gestore e l'ASL di ubicazione della struttura che acquisterà le prestazioni a favore non solo dei propri residenti, ma anche di persone disabili provenienti e residenti in altre AA.SS.LL. lombarde;

**PRESO ATTO** nell'ordine seguente:

- di quanto disposto con atto normativo nazionale, d.p.c.m. 29 novembre 2001, 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' che stabilisce nella misura del 70% la quota di Fondo sanitario destinata complessivamente alle prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per disabili gravi e del 30% l'onere a carico dei Comuni e/o degli utenti;

- dei parametri stabiliti nell'Allegato E della d.g.r. n. 12620/2003 per la definizione della remunerazione tariffaria per tutte le cinque classi di fragilità degli ospiti;
- del calcolo del costo per classe sulla base del costo medio orario degli operatori presenti nel sistema, incrementato della quota di spese generali corrispondente alla media ponderata della percentuale delle spese generali relative ad ogni singola classe;

**PRECISATO** che la sopra richiamata d.g.r. n. 12620/2003, Allegato E, determinando i criteri per la remunerazione, resi applicativi dal presente provvedimento, ribadisce che la stessa è fissata dalle cinque classi definite dal sistema di valutazione SIDI e dai conseguenti e correlati parametri, e che la retribuzione complessiva all'ente gestore è composta da remunerazioni differenziate secondo le classi;

**PRESO ATTO** che la remunerazione a carico del fondo sanitario regionale, applicando le tariffe stabilite dal presente provvedimento, interviene sui costi globali rilevati per il sistema delle strutture residenziali, in misura del 70%, coerentemente con quanto disposto dal d.p.c.m. 29 novembre 2001;

**RITENUTO** che per la compartecipazione degli utenti e/o dei Comuni, fissata dal richiamato d.p.c.m. 29 novembre 2001 nella misura del 30%, venga definita una retta unica esposta da parte dell'ente gestore, sulla base del *case mix*, derivante dalle tariffe corrispondenti alla classificazione degli ospiti, che dovrà essere chiaramente quantificata, specificata nelle sue prestazioni costitutive e riportata quale debito informativo obbligatorio per l'accreditamento nella Carta dei Servizi;

**RITENUTO** di confermare che per gli ospiti degli IDR che rientrano nel sistema delle RSD:

- se accolti dal 23 aprile 2003 viene applicato il nuovo sistema di remunerazione definito con il presente atto;
- se già presenti al 22 aprile 2003, data di pubblicazione sul BURL della d.g.r. n. 12620/2003, verrà garantita una remunerazione giornaliera pari a quella stabilita dalla d.g.r. 12622/03, rispettivamente per i trattamenti base e differenziati, composta da rette a carico dell'utenza pari all'ammontare dell'assegno di accompagnamento e di quota a parte dei redditi personali dell'ospite nonché da finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per la parte restante;

**RITENUTO** di confermare che il non possesso di tutti i requisiti ed in particolare di quelli gestionali, valutati in sede di conferma di accreditamento, darà luogo alla sospensione o alla revoca del provvedimento di accreditamento;

**DATO ATTO** che le RSD dovranno dotarsi della Carta dei Servizi, così come stabilisce la deliberazione 12620/03, e che la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale darà le indicazioni necessarie, si ritiene indispensabile indicare che nella stessa l'Ente Gestore dovrà, tra l'altro, esplicitare:

1. i servizi che sono assicurati in ottemperanza all'accreditamento della struttura;
2. i servizi aggiuntivi che costituiscono un costo addizionale, rispetto alla retta praticata, a carico dell'utente e/o dei Comuni;
3. la retta unica praticata agli utenti e/o ai Comuni;
4. il sistema di valutazione, almeno annuale, della soddisfazione degli ospiti e/o delle famiglie e/o degli operatori e socializzazione dei risultati;

**ASSUNTO** che la remunerazione regionale potrà essere determinata ed aggiornata periodicamente con successivi provvedimenti della Giunta Regionale;

**STABILITO** di dover pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ai fini della diffusione del provvedimento;

**VALUTATE** e fatte proprie le predette considerazioni;

**AD UNANIMITA'** dei voti espressi nelle forme di legge,

**DELIBERA**

Per quanto in parte motiva:

1. di stabilire per le strutture che otterranno l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento come RSD, le seguenti remunerazioni sanitarie giornaliere collegate alla classificazione dell'ospite, come determinata dall'applicazione della scheda SIDi e rappresentate nella tabella di seguito:

<b>Classe</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Minuti assistenza settimanali per ospite</b>	<b>2500</b>	<b>2000</b>	<b>1600</b>	<b>1200</b>	<b>900</b>
Tariffa sanitaria giornaliera pro capite ( <i>quota fondo sanitario</i> )	<b>€108,00</b>	<b>€ 83,00</b>	<b>€ 65,00</b>	<b>€ 51,00</b>	<b>€ 41,00</b>

2. di stabilire altresì, che le suddette remunerazioni verranno riconosciute, per ex CRH, ex IEAH e nuove strutture, a partire dalla data di sottoscrizione del contratto tra ente gestore ed ASL di ubicazione della struttura che acquisterà le prestazioni a favore non solo dei propri residenti, ma anche di persone disabili provenienti e residenti in altre ASL lombarde;
3. di assumere l'avvenuta rilevazione sperimentale per tutti gli ospiti presenti nelle attuali strutture residenziali per disabili e di precisare che per alcuni ospiti le variabili età e durata di permanenza nella residenza comportano una diversa adattabilità (compliance) al modello assistenziale proprio della struttura, con conseguente contenimento del carico assistenziale necessario, evidenziando un grado di fragilità che può essere inferiore a 1.600 minuti di assistenza media settimanale per ospite, e quindi di assumere uno standard anche diverso da questo, in quanto più rispondente alle caratteristiche degli ospiti e di confermare la responsabilità della verifica in capo all'ASL territorialmente competente;
4. di fissare il requisito gestionale per l'autorizzazione e l'accreditamento in 1.600 minuti settimanali per ospite per le strutture nuove che presentano domanda di autorizzazione e di accreditamento dopo il 22 aprile 2003;

5. di confermare quanto indicato nell'allegato C della d.g.r. n.12620/2003 che lo standard medio di assistenza deve rispettare i rapporti tra le diverse figure professionali secondo i pesi percentuali definiti nella deliberazione stessa;
6. di confermare che per gli ospiti dell'IDR che rientrano nel sistema delle RSD:
  - o se accolti dal 23 aprile 2003 viene applicato il nuovo sistema di remunerazione definito con il presente atto;
  - o se già presenti al 22 aprile 2003, data di pubblicazione sul BURL della d.g.r. n. 12620/2003, verrà garantita una remunerazione giornaliera pari a quella stabilita dalla d.g.r. 12622/03, rispettivamente per i trattamenti base e differenziati, composta da rette a carico dell'utenza pari all'ammontare dell'assegno di accompagnamento e di quota a parte dei redditi personali dell'ospite nonché da finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per la parte restante;
7. di stabilire che le strutture che non possiederanno tutti i requisiti, valutati in sede di conferma di accreditamento, potranno essere passibili di sospensione o di revoca del provvedimento di accreditamento;
8. di ritenere necessario prevedere che, qualora una struttura, accreditata come CRH, IEAH e IDR e non possieda né lo standard medio di assistenza di 1.600 minuti settimanali per ospite, né lo standard medio di assistenza derivante dalla classificazione con la scheda SIDi, l'Ente gestore è tenuto a presentare un piano di acquisizione del personale che dovrà concludersi entro il 31 dicembre 2004, da allegare all'istanza di autorizzazione ed accreditamento come RSD, alla ASL territorialmente competente;
9. di ritenere altresì necessario che quelle strutture che possiedono lo standard medio di assistenza di 1600 minuti settimanali per ospiti ma non lo standard medio di assistenza derivante dalla classificazione con la scheda SIDi, l'Ente gestore è tenuto a presentare un piano di acquisizione di personale che dovrà concludersi entro il 31 dicembre 2004, da allegare all'istanza di autorizzazione ed accreditamento come RSD, alla ASL territorialmente competente;
10. di precisare che una struttura che non intenda accreditarsi, deve in ogni caso essere in possesso dei requisiti previsti per l'autorizzazione al funzionamento, ai sensi del d.P.R. 14 gennaio 1997 e di quanto stabilito negli allegati A e C della d.g.r. n. 12620/2003;
11. di disporre che la compartecipazione degli utenti e/o dei Comuni, è definita dagli Enti gestori con una retta unica, sulla base del *case mix*, coerente con la classificazione degli ospiti, che dovrà essere chiaramente quantificata e specificata nelle sue prestazioni costitutive e riportata quale debito informativo obbligatorio per l'accreditamento nella Carta dei Servizi;
12. di stabilire che le RSD dovranno dotarsi della Carta dei Servizi, come disposto con la d.g.r. n.12620/2003, nella quale l'Ente Gestore dovrà, tra l'altro, esplicitare:

- i servizi che sono assicurati in ottemperanza all'accreditamento della struttura;
- i servizi aggiuntivi che costituiscono un costo addizionale, rispetto alla retta praticata, a carico dell'utente e/o dei Comuni;
- la retta unica praticata agli utenti e/o ai Comuni;
- il sistema di valutazione almeno annuale della soddisfazione degli ospiti e/o delle famiglie e/o degli operatori e socializzazione dei risultati;

13. di precisare che la remunerazione regionale potrà essere determinata ed aggiornata periodicamente con successivi provvedimenti della Giunta Regionale;

14. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

**IL SEGRETARIO**

Questo documento ha valore informativo.



**DELIBERAZIONE N° VII / 14369**

**Seduta del 30 SET. 2003**

*Presidente*

**ROBERTO FORMIGONI**

*Assessori regionali*

VIVIANA BECCALOSSI Vice Presidente  
GIAN CARLO ABELLI  
ETTORE ALBERTONI  
MAURIZIO BERNARDO  
CARLO BORSANI  
ROMANO COLOZZI  
MASSIMO CORSARO  
~~GUIDO DELLA FRERA~~

ALBERTO GUGLIELMO  
CARLO LIO  
ALESSANDRO MONETA  
FRANCO NICOLI CRISTIANI  
DOMENICO PISANI  
GIORGIO POZZI  
MARIO SCOTTI  
MASSIMO ZANELLO  
Massimo Buscemi

*Con l'assistenza del Segretario*

**Maurizio Sala**

*Su proposta dell'Assessore*

**Alla Famiglia e Solidarietà Sociale  
Gian Carlo Abelli**

*Oggetto*

Linee di indirizzo per la definizione delle nuove unità di offerta dell'area socio sanitaria per persone disabili gravi:

- Centri diurni semiresidenziali (CDD)
- Comunità socio sanitarie residenziali (CSS).

(a seguito di intesa con la competente Commissione Consiliare)

*Il Dirigente*

**Giuseppina Coppo**

*Il Direttore Generale*

**Umberto Fazzone**

L'atto si compone di 8 pagine  
di cui 2 pagine di allegati,  
parte integrante.



VISTA la l. r. 7 gennaio 1986, n. 1: "Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia";

VISTA la d.c.r. 23 dicembre 1987, n. 871: "Piano Regionale Socio assistenziale per il triennio - 1988/1990";

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 104: "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";

VISTO il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il d.p.r. 14 gennaio 1997: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" recepito dalla Regione Lombardia con d.g. r. 38133 del 6 Agosto 1998;

VISTA la l. r. 11 luglio 1997, n. 31: "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali";

VISTA la l. r. 5 gennaio 2000, n. 1: "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112";

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTO il d.p.c.m. 14 febbraio 2001: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie";

VISTO il d.p.c.m. 29 novembre 2001 "Definizione livelli essenziali di assistenza" che ha stabilito che per le attività sanitarie e sociosanitarie di programmi riabilitativi a favore di disabili, la percentuale di attribuzione della spesa deve essere così ripartita a livello regionale:

- in regime semiresidenziale: prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi: 70% a carico del Servizio Sanitario Nazionale, 30% a carico dell'utente o del Comune,
- in regime residenziale: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili privi del sostegno familiare: 40 % a carico del Servizio Sanitario Nazionale, 60% a carico dell'utente o del Comune;

VISTA la d.c.r. 13 marzo 2002 n. 462 di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2002 - 2004" e richiamati in particolare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione e riqualificazione del modello a rete dei servizi e dei correlati interventi sociosanitari e socio assistenziali per disabili,
- trasformazione dei Centri Residenziali per handicappati (CRH) ed Istituti Educativi Assistenziali per handicappati (IEAH) in una unica tipologia di Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità (RSD),





- consolidamento dei servizi semiresidenziali nonché degli interventi di sollievo e di residenzialità alternativa per favorire la permanenza presso il proprio domicilio della persona disabile;

TENUTO CONTO che per quanto riguarda gli obiettivi sopra indicati, la Regione ha individuato l'unità di offerta residenziale di tipo socio sanitario per disabili gravi (RSD), con d.g.r. 12620 del 7 aprile 2003;

STIMATO che, al fine di proseguire nella riorganizzazione della rete territoriale integrata dei servizi per disabili, sia necessario individuare le altre tipologie di unità di offerta socio sanitarie e socio assistenziali per disabili, che possano rispondere, sempre più appropriatamente, alle diverse esigenze delle persone con disabilità e consentire ad esse ed alle loro famiglie, una scelta della struttura maggiormente rispondente alle proprie esigenze;

TENUTO CONTO che il processo di riorganizzazione di cui sopra sarà condotto così come illustrato nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

TENUTO CONTO che l'attuale rete dei servizi per persone con disabilità è costituita da:

- Centri Socio Educativi per handicappati,
- Istituti di Riabilitazione extraospedaliera, ex Legge 833/78, art. 26, i quali erogano prestazioni in regime semiresidenziale; tra gli attuali utenti sarà opportuno individuare coloro che ricevono trattamenti da oltre un anno, per i quali è previsto il passaggio dall'area della riabilitazione alla rete dei servizi a carattere semiresidenziale rivolti a persone con disabilità grave,
- Comunità alloggio;

RITENUTO necessario definire che nel sistema socio sanitario saranno ricomprese le strutture rispondenti alle caratteristiche individuate dalla Regione che ospiteranno disabili gravi e che la rete socio assistenziale accoglierà disabili non gravi;

PRESO ATTO che gli studi elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, consigliano di utilizzare la dizione "persone con disabilità" o "disabili" a sostituzione della parola "handicap";

TENUTO CONTO che la metodologia già utilizzata per la valutazione della situazione delle persone con disabilità grave, ospiti delle strutture residenziali (RSD), di cui alla DGR 12620 del 7 aprile 2003, ha permesso di individuare le caratteristiche degli ospiti e di focalizzare i relativi bisogni assistenziali, in modo da ricondurre le diverse tipologie di strutture ad un sistema più funzionale;

RITENUTO necessario applicare tale metodologia, attuando i dovuti correttivi ed integrazioni, anche per le persone con disabilità, attualmente accolte nelle strutture a ciclo diurno e nelle comunità alloggio, per valutare gli aspetti multidimensionali che caratterizzano la salute, la disabilità e le esigenze individuali, con l'obiettivo:

- di precisare le caratteristiche della rete dei servizi socio sanitari, significative per le nuove ammissioni,



- di offrire una migliore qualità della vita alle persone con disabilità che sia coerente con le scelte personali e realizzata in collaborazione con le famiglie;

RAVVISATA la necessità quindi di demandare alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, tramite una sperimentazione mirata, il compito di conoscere le attuali caratteristiche degli ospiti delle strutture socio sanitarie a ciclo diurno e delle comunità, al fine di individuare le persone con disabilità che, in funzione della gravità e del programma individuale, necessitano di una assistenza socio sanitaria diurna o residenziale comunitaria, finalizzata allo sviluppo e al mantenimento dei livelli di autonomia della persona nonché alla valorizzazione del sostegno della famiglia;

RITENUTO inoltre di stabilire che, con i successivi atti di definizione dei "Centri Diurni per persone con Disabilità" (CDD), e delle Comunità socio sanitarie residenziali (CSS) verranno indicati dalla Giunta:

- i criteri per la classificazione degli ospiti,
- le modalità per la remunerazione delle prestazioni,
- il debito informativo degli enti gestori,
- le modalità di raccolta dei dati relativi agli ospiti, alla struttura e alle liste di attesa,
- la tipologia di contratto da stipulare tra l'Azienda Sanitaria Locale e l'Ente Gestore,
- la vigilanza,

e, sentita la competente Commissione Consiliare:

- gli standard strutturali e gestionali di autorizzazione e di accreditamento, che saranno adottati dalle strutture socio sanitarie regionali,
- l'individuazione degli indici di qualità;

STABILITA la necessità:

- di assicurare nel frattempo la continuità di finanziamento dei Centri Socio Educativi, degli Istituti di riabilitazione e delle Comunità alloggio,
- di demandare alla Giunta Regionale l'individuazione, dopo la sperimentazione, dei tempi e modi di applicazione dell'evoluzione del sistema delle comunità socio sanitarie residenziali e dei Centri Diurni per persone con Disabilità;

RITENUTO di individuare nel fondo sanitario regionale per spese dirette, le risorse finanziarie necessarie per realizzare nei CSE, nelle Comunità Alloggio e negli IDR a ciclo diurno, la sperimentazione della metodologia già utilizzata per la classificazione degli ospiti nelle RSD;

DATO ATTO che la presente deliberazione non comporta impegni di spesa;

PRESO ATTO che sono state condotte consultazioni ed incontri con Enti Gestori, con ASL, con Province, ed il Tavolo del terzo settore che hanno prodotto note, osservazioni ed integrazioni valutate nella stesura del seguente provvedimento;

ACQUISITA l'intesa con la Commissione Consiliare competente; 25 SET. 2003

RITENUTO di dover pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;



VISTO il d.p.g.r. 24 maggio 2000, n. 13371 con il quale il Presidente della Giunta Regionale ha conferito a Gian Carlo Abelli l'incarico di Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale;

VISTA la d.g.r. 23 dicembre 2002 n. 11699 inerente l'assetto organizzativo della Giunta Regionale;

Ad unanimità di voti espressi nelle forme di legge:

### DELIBERA

Per quanto in premessa motivato:

1. di individuare, all'interno del sistema socio sanitario regionale, le seguenti nuove unità di offerta di servizi per persone disabili gravi:
  - Centri Diurni per Disabili (CDD) quali strutture semiresidenziali a ciclo diurno,
  - Comunità Socio Sanitarie (CSS) quali strutture residenziali per disabili privi di sostegno familiare;
2. di precisare che nelle nuove unità di offerta saranno accolti gli attuali ospiti disabili gravi dei CSE e delle Comunità alloggio, nonché gli utenti degli IDR che ricevono da oltre un anno prestazioni in regime semiresidenziale, sempre che la tipologia ed il carico assistenziale richiesto risultino coerenti ed appropriati, rispetto ai livelli di prestazione socio sanitarie prestabiliti e garantiti dalle nuove unità di offerta;
3. di ribadire che con le nuove unità di offerta, si prosegue nel programma di riorganizzazione dei servizi e delle unità di offerta socio sanitarie, illustrato nell'allegato A, parte integrante del presente provvedimento;
4. di rinviare a successivi atti della Giunta regionale la definizione di tutti gli elementi caratterizzanti le nuove unità d'offerta quali:
  - i criteri per la classificazione degli ospiti,
  - le modalità per la remunerazione delle prestazioni,
  - il debito informativo degli enti gestori,
  - le modalità di raccolta dei dati relativi agli ospiti, alla struttura e alle liste di attesa,
  - la tipologia di contratto da stipulare tra l'Azienda Sanitaria Locale e l'Ente Gestore,
  - la vigilanza;e, sentita la competente Commissione Consiliare:
  - gli standard strutturali e gestionali di autorizzazione e di accreditamento, che saranno adottati dalle le strutture socio sanitarie regionali,
  - l'individuazione degli indici di qualità;
5. di stabilire che la base della normativa nazionale sulla quale costruire tutto il processo di definizione degli elementi di cui sopra è rappresentata da:
  - d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni,
  - d.p.c.m. 14 febbraio 2001: "Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie",



- 
- d.p.c.m. 29 novembre 2001 "Definizione livelli essenziali di assistenza" che ha, tra l'altro, stabilito che per le attività sanitarie e sociosanitarie di programmi riabilitativi a favore di disabili, la percentuale di attribuzione della spesa deve essere così ripartita a livello regionale:
    - in regime semiresidenziale: prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi: 70% a carico del Servizio Sanitario Nazionale, 30% a carico dell'utente o del Comune,
    - in regime residenziale: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili privi del sostegno familiare: 40 % a carico del Servizio Sanitario Nazionale, 60% a carico dell'utente o del Comune;
  - 6. di stabilire che, ai fini della raccolta degli elementi necessari a definire le caratteristiche delle nuove unità di offerta CDD e CSS, la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale attiverà un percorso sperimentale di rilevazione delle caratteristiche degli ospiti disabili, attualmente presenti nei CSE, nelle Comunità alloggio e negli IDR, qualora ricevano trattamenti da oltre un anno in regime semiresidenziale, secondo la metodologia già positivamente utilizzata ai fini della definizione della unità di offerta RSD;
  - 7. di precisare che nel sistema socio sanitario saranno ricomprese le strutture rispondenti alle caratteristiche individuate dalla Regione che ospiteranno disabili gravi e che la rete socio assistenziale accoglierà i disabili non gravi;
  - 8. di affidare alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale il compito di definire le modalità per la raccolta dei flussi informativi dagli Enti Gestori e dalle ASL;
  - 9. di garantire, nel frattempo, la continuità di finanziamento delle Comunità alloggio, dei Centri Socio Educativi e degli Istituti di Riabilitazione extraospedaliera che erogano prestazioni in regime di semiresidenzialità, rimandando ad un successivo atto della Giunta regionale, dopo la sperimentazione, l'individuazione dei tempi e dei modi di applicazione dell'evoluzione del sistema diurno e delle comunità socio sanitarie.



IL SEGRETARIO

Maurizio Sca.

## **PROGRAMMA DI RIDEFINIZIONE DELLE UNITA' DI OFFERTA E DEI SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITA'**

### **PREMESSE GENERALI**

Il Piano socio - sanitario regionale 2002 – 2004, approvato dal Consiglio regionale, rappresenta il documento guida per la realizzazione degli obiettivi del triennio da parte della Direzione generale famiglia e Solidarietà Sociale.

Relativamente alle persone disabili il Piano, riconosce le difficoltà che l'istituzionalizzazione può produrre sui soggetti più fragili, individua nella territorializzazione dei servizi e nel modello assistenziale a rete, caratterizzato da servizi complementari, le strade per la realizzazione del sistema di servizi e di interventi assistenziali finalizzato a favorire l'autonomia e la vita indipendente delle persone disabili.

l'obiettivo "principe" del Piano socio - sanitario regionale può essere così sintetizzato:

- creare una rete di servizi ed interventi all'interno della quale la persona, in condizioni di fragilità, possa trovare la risposta più adeguata e più appropriata per il proprio bisogno specifico esercitando il diritto di libertà di scelta tra le diverse opzioni.

Il Piano chiarisce bene che le Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD), individuate come unità di offerta residenziale per persone con disabilità grave, rispondono solo ad alcuni particolari bisogni e devono affiancarsi alle altre proposte ambulatoriali, semiresidenziali, domiciliari che andranno sempre più valorizzate nella misura in cui maggiormente garantiscono la vicinanza tra il disabile e la propria famiglia, la propria comunità, il proprio tessuto sociale.

Il Piano definisce puntualmente anche gli altri obiettivi specifici:

- Definizione delle linee organizzative del modello a rete dei servizi socio - sanitari e socio - assistenziali,
- Riqualficazione e trasformazione della rete dei CRH e degli IEAH,
- Predisposizione di linee guida relative alle diverse modalità d'intervento regionale alternative rispetto al ricovero,
- Sperimentazione e sviluppo di servizi e interventi ad alta integrazione sanitaria,
- Promozione di interventi di lungo assistenza per favorire la permanenza presso il proprio domicilio, potenziamento dei servizi semiresidenziali e diurni e di residenzialità alternativa,
- Promozione di progetti che attivino risposte sanitarie rivolte alla disabilità adulta affetta da gravi patologie.

### **PROGRAMMA DELLA DIREZIONE FAMIGLIA E SOLIDARIETA' SOCIALE**

In relazione al conseguimento degli obiettivi di Piano e di governo regionale la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ha programmato il proprio calendario dei lavori secondo le seguenti priorità:



## Area Socio sanitaria

- . Attivazione del voucher sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio - sanitarie integrate.
- . Definizione delle unità di offerta residenziale per disabili gravi (RSD)
- . Definizione delle unità di offerta semiresidenziali o diurne (Centri Diurni per persone Disabili)
- . Definizione delle unità di offerta Comunità Socio - Sanitarie per disabili.

## Area Socio assistenziale

- . Sostegno e consolidamento di tutta la rete dei servizi e degli interventi sociali in funzione sul territorio attraverso l'utilizzo del fondo sociale regionale (ex circolare 4). Trattasi di servizi di assistenza domiciliare, di comunità alloggio, di centri di pronto intervento, di iniziative di formazione all'autonomia nonché dei CSE.
- . Riparto del fondo nazionale per le politiche sociali e definizione delle linee guida per la predisposizione ed attuazione dei Piani di Zona, ex art 19 della legge 328/00. In tale provvedimento sono stati inseriti gli indirizzi ai Comuni, d'intesa con l'ANCI, per finalizzare le risorse del fondo per una parte, il 70%, allo sviluppo di interventi volti al mantenimento a domicilio dei soggetti fragili attraverso l'erogazione dei voucher e dei buoni socio - assistenziali e per il restante 30% a servizi di pronto intervento sociale, a ricoveri di sollievo.
- . Riparto delle risorse dedicate all'avvio di interventi volti a sviluppare il "dopo di noi",
- . Indirizzi per la definizione delle varie unità di offerta di tutto il sistema socio - assistenziale, con particolare riguardo per:
  - Centri socio educativi per persone disabili (CSE)
  - Comunità alloggio di tipo socio assistenziale
  - Mini alloggi protetti
  - Il settore dedicato alla formazione all'autonomia e allo sviluppo delle capacità lavorative nonché all'inserimento lavorativo.

I criteri che guidano questa vasta e complessa operazione vedono la definizione di un impianto base comune alle singole unità di offerta con la possibilità di adeguamenti, aggiornamenti ed integrazioni in funzione delle specificità del sistema e della sua evoluzione.

In sintesi questo processo riguardante l'area socio - sanitaria e socio assistenziale, porta alla definizione di un complesso ed articolato sistema di servizi, strutture, interventi, progetti in grado di valorizzare tutte le risorse presenti sul territorio e di perseguire il vero obiettivo: favorire la vita autonoma della persona disabile quale condizione necessaria per la permanenza nel suo ambiente familiare, sociale e comunitario.



## LETTERA APERTA

### I Genitori dei Bambini utenti dei Centri de “La Nostra Famiglia” in trattamento Diurno

dopo che la Regione Lombardia ha deliberato con:

- ◆ D.G.R. n. 12620 DEL 07.04.2003 “ Definizione della nuova unità di offerta – Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità”

con la quale ha definito un servizio di Residenza Sanitaria Assistita per Disabili (RSD) dove possono essere collocati anche gli utenti degli Istituti di Riabilitazione (IDR) come quello de La Nostra Famiglia in quanto l’età degli utenti delle stesse è compresa tra 0 e 65 anni. Aggiunge in allegato che però è eccezionale che un soggetto in età evolutiva abbia bisogno di questo.

- ◆ D.G.R. n. 14369 del 30.09.2003 “ Linee di indirizzo per la definizione delle nuove unità di offerta dell’area socio sanitaria per persone disabili gravi”

Con la quale indica per coloro che hanno bisogno di un’assistenza nella giornata, cioè nel cosiddetto “diurnato” di istituire:

CDD (Centro Diurni per Disabili) quali strutture di semi residenziali a ciclo diurno dove saranno accolti gli utenti che da almeno un anno frequentano alcune tipologie di servizio compreso gli IDR, cioè quegli Istituti di Riabilitazione nei quali è inserita La Nostra Famiglia.

Inoltre si fa riferimento, come base per costruire tutto il processo, ad alcuni decreti legislativi nazionali ed in particolare il Decreto del Presidente del Consiglio 29/11/2001 che dice che la spesa per queste tipologie di servizi va così ripartita:

In regime semiresidenziale (CDD) 70% a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il 30% a carico dell’utente o del Comune.

E ha precedentemente descritto nel Piano Socio-Sanitario 2003-2004 la distribuzione e la composizione dell’offerta al punto 5 “La rete delle RSA e delle RSH” dichiarando che:

.....L’utilizzo dell’offerta di ricovero in IDR è parzialmente inappropriato alla domanda. Quasi la metà dell’offerta di posti letto (circa 2000 posti classificati ex art. 26) ospita a tempo non determinato disabili non suscettibili di riabilitazione.

Esprimono il loro totale disaccordo su quanto espresso nei documenti citati e in particolare sul :

- ◆ Non riconoscimento della specificità dell'età evolutiva.
- ◆ Limite temporale di un anno
- ◆ Partecipazione alla spesa.

Esprimono indignazione verso decisioni che non tutelano l'età evolutiva negando, oltre gli aspetti sanitario-riabilitativi, le prospettive di autonomia, di inclusione sociale, di aspetti educativi, di relazioni con l'ambiente, che nel bambino sono "OBBLIGATORI".

Esprimono sconcerto verso decisioni che propongono il limite temporale di un anno quale confine per dichiarare in un bambino l'ottenimento di benefici dai trattamenti riabilitativi.

Esprimono rammarico verso decisioni che chiedono alle famiglie, già gravate dal carico della condizione di disabilità grave del proprio figlio, di partecipare alla spesa.

Esprimono profondo sdegno verso chi dimentica che i nostri figli necessitano di essere accompagnati lungo tutto l'arco dell'età evolutiva con interventi sanitari, anche precoci, altamente specialistici, che siano strettamente coordinati a quelli scolastici.

Sentono come offesa alla dignità di questi loro figli il dichiarare la loro gravità "non suscettibile di riabilitazione" leggendo in queste parole la definitiva negazione del diritto ad una qualità di vita compatibile con la loro difficile condizione.

Chiedono pertanto atti formali di riconoscimento che:

1. assicurino prestazioni ad alto contenuto specialistico sanitario, continuativo e garantito da professionisti sanitari, educativi e sociali;
2. i tempi di permanenza in questi servizi siano ampi a sufficienza per ricomprensivi i fabbisogni molteplici dei nostri figli;
3. salvaguardino, per i bambini e ragazzi almeno fino alla maggiore età, l'esistenza negli attuali Istituti di Riabilitazione del tipo di trattamento denominato "a ciclo diurno" per un arco di tempo idoneo a garantire il loro recupero. Tale forma di intervento consente ai nostri figli di restare in famiglia, e contemporaneamente di usufruire nella giornata delle prestazioni di riabilitazione e degli interventi educativi;

Non abbiamo potuto difendere i nostri figli dalla disabilità. Difenderemo però i diritti che hanno acquisito, come ogni persona, sin dal momento della nascita. Fallire questo obiettivo significherà anche avvallare le decisioni di quanti, di fronte ad una diagnosi di disabilità, decideranno, per paura del futuro, di interrompere una gravidanza. E questo sarà un male non solo per quel bambino ma per tutta l'umanità.

Bosisio Parini, 15 ottobre 2003

---



La Nostra famiglia

Indirizzo: Via don Luigi Monza, 1 - 22037 - Ponte Lambro (CO) Tel: 031/625111, Fax: 031/625243 E-mail: info@pl.inf.it internet: http://www.lanostrafamiglia.it

L'Associazione "La Nostra famiglia" è un'organizzazione non governativa che vanta una lunga esperienza (la fondazione risale al 1946 da parte di don Luigi Monza) nell'ambito delle disabilità dell'età evolutiva, in cui svolge attività di riabilitazione, cura, formazione, istruzione e ricerca. Particolarmente sviluppata quest'ultima, espletata in Italia attraverso l'Istituto "E. Medea" con 4 poli ospedalieri (Lombardia, Veneto, Friuli, Puglia), 320 posti letto ospedalieri e 1720 extraospedalieri; il Medea è tra l'altro il primo Istituto di riabilitazione convenzionato con lo Stato italiano. L'associazione è strutturata in 35 sedi in Italia e all'estero, con 2.000 operatori; complessivamente svolge 850.000 prestazioni all'anno. Negli anni ha sviluppato varie risposte di accoglienza per bambini con difficoltà dovute non necessariamente alla disabilità, sempre in stretto contatto con l'ambiente e le famiglie di origine. Intenso anche il lavoro con i bambini a rischio dei paesi più poveri, attraverso progetti di cooperazione internazionale.

## Le leggi che stabiliscono l'illegittimità delle Delibere

Art. 3. Dlgs 130/2000. Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 comma 2-ter.

Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità. Il suddetto decreto è adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Occorre tenere presente che per i disabili ISE è solo quella personale e non del nucleo familiare, in forza appunto dell'art.3 comma 2 ter del D.L. di cui sopra.

I tenuti agli alimenti non possono essere surrogati dal Comune, in forza dell'art. 2.900 del C.C., secondo cui l'azione surrogatoria è personale.

\*\*\*\*\*  
**COSTITUZIONE ITALIANA**  
**Articolo 32**

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

\*\*\*\*\*

Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità 28 maggio 1999, n. 329

"Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124."

(Pubblicato nel Supplemento ordinario n.174/L alla Gazzetta Ufficiale 25 settembre 1999 n. 226)

Nota bene: Si veda ora il più recente Decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296 recante: "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124."

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Visto il decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124 avente ad oggetto "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 99 del 30 aprile 1998, e in particolare l'articolo 5 che prevede che il Ministro della sanità, con distinti regolamenti da emanarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n.400, individui, rispettivamente, le condizioni di malattia croniche o invalidanti e le malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione per le prestazioni di assistenza sanitaria indicate dai medesimi regolamenti;

Visto il decreto ministeriale 1 febbraio 1991 avente ad oggetto "Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità nella seduta del 15 luglio 1998;

Visto il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella riunione del 24 settembre 1998;

Visto il parere dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, in data 19 dicembre 1998, che rileva che i criteri per il trattamento dei dati personali nell'ambito delle procedure dirette al riconoscimento delle esenzioni sono oggetto di uno o più regolamenti da adottarsi ai sensi dell'articolo 6 del D.Lgs. 124/98 e che il presente regolamento dovrebbe provvedere alla sola individuazione delle condizioni di malattia croniche ed invalidanti che danno diritto alle esenzioni mentre sembrerebbe attuare anche quanto demandato a tali regolamenti in materia di disciplina del trattamento dei dati personali;

Considerato che la disciplina del trattamento dei dati personali è oggetto di separata regolamentazione ai sensi dell'articolo 6 del D. Lgs. n.124/1998 e che il presente regolamento si limita ad individuare le malattie esenti e le caratteristiche generali del sistema di riconoscimento del diritto all'esenzione in relazione ad esse;

Ritenuto di recepire il parere dell'Autorità Garante modificando in tal senso il testo dell'articolo 2, comma 2 e prevedendo che le disposizioni del presente regolamento siano adeguate sulla base della disciplina da emanarsi ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124;

Visto il parere del Consiglio di Stato espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 22 febbraio 1999;

Vista la comunicazione n.100/SCPS/16.2670 del 11 marzo 1999 inviata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri a norma dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988 n. 400 e la risposta della stessa Presidenza in data 18 maggio 1999, n.DAGL/114/31890/4-18-173;

ADOTTA il seguente regolamento

Art.

1

(Finalità ed ambito di applicazione)

1. Il presente regolamento individua le condizioni e le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124. L'eventuale esclusione di prestazioni dai suddetti livelli essenziali o l'introduzione di modifiche nella definizione delle singole prestazioni in essi incluse sono recepite secondo quanto previsto dall'articolo 6 del presente regolamento.

Art. 2

(Individuazione delle condizioni di malattia e delle prestazioni)

1. L' allegato 1, che forma parte integrante del presente regolamento, reca l' elenco delle condizioni e delle malattie che danno diritto all' esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria dallo stesso indicate.
2. Per consentire l'identificazione univoca delle condizioni e delle malattie ai fini dell'esenzione e ferma restando la vigente normativa in materia di tutela dei dati personali dei soggetti affetti, a ciascuna malattia e condizione è associato uno specifico codice identificativo. Il codice si compone di otto cifre: le prime tre indicano una numerazione progressiva delle malattie e delle condizioni, le successive cinque corrispondono al codice identificativo delle stesse secondo la classificazione internazionale delle malattie "International Classification of Diseases-IX- Clinical Modification (ICD-9-CM)"; in caso di condizioni non riferibili a specifiche malattie riportate dalla suddetta classificazione, il codice identificativo si compone delle sole prime tre cifre.
3. Per ciascuna condizione e malattia l'allegato 1 elenca le prestazioni di assistenza sanitaria appropriate ai fini del relativo monitoraggio e della prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Tali prestazioni sono da erogarsi in esenzione dalla partecipazione al costo agli aventi diritto ai sensi dell' articolo 4. Nell'allegato 1 sono altresì indicate le prestazioni di assistenza sanitaria da erogarsi agli aventi diritto in regime di esenzione dal pagamento della quota fissa, ai sensi dell' articolo 3, comma 9 del D. Lgs.124/98 e successive modificazioni.

Art. 3

(Modalità di prescrizione e di erogazione delle prestazioni)

1. La prescrizione delle prestazioni erogabili in esenzione dalla partecipazione al costo ai sensi del presente regolamento reca l'indicazione delle prime tre cifre del codice identificativo della condizione o della malattia, come risultanti dall'attestato di esenzione.
2. Fermi restando i limiti di prescrivibilità di cui alla legge 25 gennaio 1990 n.8 e successive modificazioni, ciascuna ricetta non può contestualmente recare la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione dalla partecipazione ai sensi del presente regolamento e di altre prestazioni non erogabili in regime di esenzione.

3. La prescrizione delle prestazioni erogabili in esenzione dalla partecipazione ai sensi del presente regolamento è effettuata secondo criteri di efficacia e di appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali e nel rispetto delle indicazioni riportate nell'allegato 1.

#### Art. 4

(Riconoscimento del diritto all'esenzione)

1. L'azienda unità sanitaria locale di residenza dell'assistito riconosce il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo, ai sensi del presente regolamento, sulla base della certificazione attestante la specifica condizione o malattia, come definita all'articolo 2. La certificazione deve essere rilasciata dai presidi delle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere o dagli Istituti ed Enti di cui all'articolo 4 comma 12 del D. Lgs.vo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni o da istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione Europea.
2. L'azienda unità sanitaria locale rilascia a ciascun assistito avente diritto, anche mediante l'utilizzazione della carta sanitaria elettronica, un attestato di esenzione, che reca in forma codificata l'indicazione della condizione o della malattia per la quale è riconosciuto il diritto all'esenzione. In caso di accertamento di più malattie o condizioni individuate dall'articolo 2 del presente regolamento l'azienda unità sanitaria locale rilascia al soggetto avente diritto un unico attestato di esenzione che reca l'indicazione in forma codificata di tutte le malattie o condizioni per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione.
3. Le regioni, sulla base di linee guida definite dal Ministro della sanità, fissano, per le condizioni di malattia per le quali è prevedibile risoluzione, la validità temporale massima dell'attestato.

#### Art. 5

(Controlli)

1. Le modalità di controllo sulle esenzioni sono disciplinate dai regolamenti adottati ai sensi dell'articolo 6 del D.Lgs.vo 29 aprile 1998 n.124.

#### Art. 6

(Aggiornamento)

1. Il presente regolamento è aggiornato secondo quanto previsto dall'articolo 59, comma 50 lettera f) della legge 27 dicembre 1997 n. 449, con riferimento allo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, nonché all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

#### Art. 7

(Norme finali e transitorie)

1. Le aziende unità sanitarie locali provvedono a comunicare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta i contenuti del presente regolamento e le specifiche modalità di applicazione.
2. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento le aziende unità sanitarie locali sottopongono a verifica le attestazioni di esenzione già rilasciate ai sensi del decreto ministeriale 1 febbraio 1991 e comunicano agli interessati la conferma del diritto all'esenzione, la sua cessazione o l'esigenza di ulteriori accertamenti. Nei casi di conferma del diritto all'esenzione le aziende unità sanitarie locali comunicano altresì le prestazioni fruibili in regime di esenzione dalla partecipazione al costo ai sensi del presente

regolamento. Nei casi in cui la conferma del diritto all'esenzione sia subordinata ad ulteriori accertamenti, i soggetti interessati hanno diritto alla fruizione in esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni individuate dal decreto 1 febbraio 1991 per la specifica forma morbosa o condizione, fino al completamento degli accertamenti e comunque non oltre i sessanta giorni successivi alla predetta comunicazione dell'azienda.

3. Fatto salvo quanto previsto al comma 4, le attestazioni di esenzione già rilasciate ai sensi del decreto ministeriale 1 febbraio 1991, riferite a malattie e condizioni non incluse nell'allegato 1 al presente regolamento, cessano di avere efficacia a decorrere dalla comunicazione dell'azienda unità sanitaria locale e comunque non oltre il centoventesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente regolamento. Fino a tale data le attestazioni danno diritto alla fruizione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni individuate dal decreto ministeriale 1 febbraio 1991.
4. Fino all'emanazione del regolamento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124, le attestazioni di esenzione già rilasciate per: Angioedema ereditario, Dermatomiostite, Pemfigo e pemfigoidi, Anemie congenite, Fenilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Miopatie congenite, Malattia di Hansen, Sindrome di Turner, Spasticità da cerebropatia e Retinite pigmentosa, danno diritto alla fruizione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni individuate dal decreto ministeriale 1 febbraio 1991.
5. Le disposizioni del presente regolamento saranno adeguate sulla base della disciplina da emanarsi ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124 anche per quanto riguarda il trattamento dei dati personali.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, li 28 maggio 1999

IL MINISTRO

(Allegati omessi. Si vedano gli allegati al Decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296)

.....  
Decreto Bindi del 19/giugno/1999. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

[http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dlvo229\\_99.pdf](http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dlvo229_99.pdf)

\*\*\*\*\*  
Le situazioni di handicap grave danno diritto ad interventi prioritari da parte dei servizi pubblici

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

(Pubblicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.)

Capo II - Competenze e strutture

1. (I principi). - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.

4. (Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale).